

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE LETRAS**



**A SAÚDE NO ESTADO NOVO DE SALAZAR (1933-1968)**  
**POLÍTICAS, SISTEMAS E ESTRUTURAS**

**Andreia da Silva Almeida**

**Orientadores:**

Professora Doutora Maria de Fátima Reis

Professor Doutor Carlos Guardado da Silva

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor no Ramo de História,  
na especialidade de História Contemporânea

2017



# UNIVERSIDADE DE LISBOA

## FACULDADE DE LETRAS



### A SAÚDE NO ESTADO NOVO DE SALAZAR (1933-1968)

### POLÍTICAS, SISTEMAS E ESTRUTURAS

**Andreia da Silva Almeida**

#### **Orientadores:**

Professora Doutora Maria de Fátima Reis  
Professor Doutor Carlos Guardado da Silva

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor no Ramo de História, na especialidade de História Contemporânea.

#### **Júri:**

##### **Presidente:**

- Doutor António Adriano de Ascensão Pires Ventura, Professor Catedrático e Director da Área de História da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

##### **Vogais:**

- Doutora Laurinda Faria Santos Abreu, Professora Auxiliar com Agregação da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora;

- Doutora Alexandra Patrícia Lopes Esteves, Professora Auxiliar da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa;

- Doutora Maria Marta Lobo Araújo, Professora Associada com Agregação do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, 1º arguente;

- Doutor Luís Manuel de Almeida Nunes, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2º arguente;

- Doutora Maria de Fátima Marques Dias Antunes dos Reis, Professora Associada da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, orientadora;

- Doutor João dos Santos Ramalho Cosme, Professor Auxiliar da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa;

- Doutora Teresa Maria e Sousa Nunes, Professora Auxiliar da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

2017





## AGRADECIMENTOS

No culminar deste longo percurso, gostaria de deixar pequenas palavras de gratidão a algumas pessoas que foram preponderantes no delinear deste estudo.

Aos meus dois orientadores, à Professora Doutora Fátima Reis e ao Professor Doutor Carlos Guardado da Silva, agradeço a viva forma como me foram apoiando ao longo destes anos, sempre presentes com uma palavra amiga ou com um conselho metodológico mais apropriado. Tentarei sempre ser, no futuro, um reflexo das suas qualidades profissionais e humanas.

À *Fundação para a Ciência e Tecnologia* que, em boa hora, aceitou e financiou este projecto, o meu bem-haja. Sem eles, este estudo nunca teria sido possível.

Aos meus pais, meu porto seguro, alfa e ómega da minha existência, fogem-me as palavras para expressar a minha imensa gratidão. Sem eles nada teria sido possível e deles serão também os resultados que possam advir, futuramente, deste estudo.

Agradeço, também, aos grandes amigos que tive a honra de conhecer durante o meu percurso pela *Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa*. Eles sabem quem são. O seu apoio incondicional, o seu carinho, a sua amizade, o seu companheirismo não têm preço. Este estudo é também a eles dedicado.

Por último, gostaria de evocar todos aqueles que foram vítimas das deficiências do sistema de saúde delineado pelo Estado Novo de Salazar. Neste trabalho são, muitas vezes, números, mas não esqueço o seu valor humano, irremediavelmente perdido. Este estudo é, também, uma homenagem aos portugueses que tombaram e sofreram, reflexos de um sistema de saúde descoordenado, fragmentado e desigual.



## RESUMO

O presente trabalho de investigação centra-se na análise das políticas de saúde levadas a cabo pelo Estado Novo durante a governação de Salazar, desde o seu início, em 1933, até ao seu ocaso, em 1968. Numa perspectiva global, procedeu-se à análise da evolução dos vários subsistemas – sanitário, assistencial, previdencial - e das respectivas estruturas sanitárias, analisando com maior precisão a evolução do sector hospitalar, que se tornaria central para o regime. Observou-se, da mesma forma, a evolução orgânica do sector, tendo em conta a sua fragmentação por vários ministérios, enfatizando, contudo, a evolução política do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* e, posteriormente, do *Ministério da Saúde e Assistência*. Numa dinâmica comparativista, apontaram-se algumas influências internacionais a que foi sujeito o sector, nomeadamente a sua relação com a O.M.S., bem como os ecos, em Portugal, da criação do *National Health Service*, no Reino Unido. Numa perspectiva globalizante, analisaram-se algumas vozes críticas às orientações políticas nesta área, nomeadamente as levantadas pela oposição preconizada pelo P.C.P., pela pressão da *Ordem dos Médicos* e de alguma opinião pública, bem como de alguns movimentos católicos. Contextualizadas no âmbito da evolução global do regime, foram apontadas, para o período em estudo, duas fases de fomento das políticas sanitárias concomitantes com dois grandes períodos de crise do Estado Novo, durante o período correspondente à II Guerra Mundial e em 1958, no rescaldo das eleições presidenciais. O presente estudo analisou, ainda, a ideologia do regime face ao papel do Estado na área da saúde, bem como a evolução de algumas profissões sanitárias e a relevância do seu papel político durante o período em estudo. No sentido de avaliar os resultados das políticas de saúde adoptadas pelo Estado Novo de Salazar, encentou-se uma análise à evolução de vários indicadores sanitários, na diacronia e na sincronia, a nível internacional. Nesse sentido, destacou-se a análise à evolução da mortalidade infantil e da mortalidade materna, indicadores, por excelência do nível sanitário de qualquer país, bem como a evolução de algumas patologias infecciosas, como a tuberculose, a malária, a lepra ou a sífilis. A presente análise contemplou, pois, um conjunto de factores influenciadores das políticas sanitárias, do ponto de vista técnico, científico, tecnológico, estrutural, económico e socio-cultural, bem como os resultados dessas mesmas políticas, do ponto de vista da evolução dos indicadores sanitários da população portuguesa. Este estudo prova, pois, que a política de saúde do Estado Novo de Salazar comportou-se como um reflexo da política geral, funcionando os grandes períodos de crise do regime como seus catalisadores. Contudo, o resultado destas opções políticas foi o desenvolvimento de um sistema de saúde fragmentado, descoordenado, não equitativo e não universal, constituído por uma multiplicidade de subsistemas híbridos e frágeis, fomentadores de desigualdades sociais. Durante o Estado Novo de Salazar observou-se, pois, uma continuidade da política assistencialista, supletivista, caritativista e não universalista, ao nível da saúde, observando-se, contudo, uma evolução na continuidade, uma evolução orgânica, política e estrutural, com claras repercussões nos índices sanitários da população portuguesa. Do ponto de vista ideológico, o regime manteve inalterável a sua doutrina oficial - supletivista, caritativista, assistencialista, natalista, conservadora, católica – registando-se, contudo, uma grande incongruência entre a ideologia e a prática políticas, que se avolumou, essencialmente, durante a década de sessenta.

**Palavras-Chave:** Políticas de Saúde; Estado Novo; Salazarismo; Sistema de Saúde, Estrutura de Saúde.

## ABSTRACT

This study focuses on health policies implemented by Salazar's *Estado Novo*, from the beginning of the regime, in 1933, to its end, in 1968. In a global perspective, we analyze the evolution of several health subsystems – sanitary, caring and welfare – and their corresponding sanitary structures, emphasizing the evolution of the hospital sector, which would become pivotal for the regime. Similarly, we observed the organic evolution of the health sector, considering its fragmentation in several ministries, focusing, however, the political evolution of the *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* and of its succeeding *Ministério da Saúde e Assistência*. In a comparative assessment, we noted some international influences in the health area, namely regarding the relations with W.H.O. and the echoes, in Portugal, of the creation of the *National Health System*, in the United Kingdom. Assuming a global perspective, we analyze some critical voices against regime's political orientation in the health sector, in particular the criticism of the Portuguese Communist Party (P.C.P.), the political pressure of the Portuguese medical association (*Ordem dos Médicos*) and of certain sectors of public opinion, as well as some catholic movements. This study also studied the ideology of the regime regarding the state's role in health care, in addition to the evolution of some sanitary professions and the relevance of its political purpose during this period. In an attempt to assess the results of health policies adopted by Salazar's *Estado Novo*, we conduct an analysis on the evolution of several international sanitary indexes, both in diachrony and synchrony. Subsequently, we highlight the evolution on child and maternal mortality, which are the indexes by excellence of the sanitary level of any country, and the evolution of some infectious pathologies, such as tuberculosis, malaria, leper or syphilis. This study analyzed a set of influential factors of health policies – technical, scientific, technological, structural, economic and socio-cultural factors – and the results of sector policies assessed by health indexes evolution of portuguese population. In fact, the Salazar's *Estado Novo* health policies became a reflex of regime's general policy, and the periods of crisis improve his evolution. The results of these health policies produced a fragmented, uncoordinated, unequal and non-universal health system, composed by a multiplicity of hybrid and weak subsystems, causing social inequalities. During Salazar's *Estado Novo*, was observed a continuity of a caring, subsidiary, charitable and non-universal health policy. However, the evidences suggest an evolution in continuity, one organic, political and strutural evolution with significant repercussions on health indexes. Ideologically, the regime maintained his official doctrine: subsidiary, charitable, caring, natalist, conservative and catholic. However, we observed a inconsistency between ideology and political practice, hugely increased in sixties.

**Keywords:** Health Policies; Estado Novo; Salazarism; Health System; Health Structure

## ÍNDICE GERAL

Resumo .....	7
Abstract .....	8
ÍNDICES:	
Índice Geral .....	9
Índice de Gráficos .....	14
Índice de Tabelas .....	23
Índice de Figuras .....	26
Índice de Organogramas .....	26
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	28
INTRODUÇÃO .....	31
PARTE I – Evolução Ideológica, Política e Orgânica .....	63
1. Da Monarquia Constitucional ao Limiar do Estado Novo .....	65
2. A Saúde e a Assistência durante o Estado Novo (1933-1968) .....	103
2.1. A Fase Inicial do Regime (1933-1939) .....	105
2.1.1. O <i>I Congresso da União Nacional</i> .....	108
2.1.2. O Debate Ideológico .....	113
2.2. A I Fase de Fomento das Políticas de Saúde e Assistência (1940-1958) .	121
2.2.1. O <i>Subsecretariado de Estado da Assistência Social</i> .....	125
2.2.2. A Assistência às Vítimas do Grande Ciclone de 1941: um Exemplo Cabal de Estado Mínimo .....	129
2.2.3. O <i>Estatuto da Assistência Social</i> .....	131
2.2.4. A Saúde e a Assistência no <i>II Congresso da União Nacional</i> ....	142
2.2.5. O Nascimento da O.M.S. e da CÁRITAS .....	148
2.2.6. Trigo de Negreiros: o ideólogo do Regime .....	156
2.2.7. A Saúde e a Assistência no <i>III e IV Congressos da União                     Nacional</i> .....	164

2.2.8. Influências Internacionais nas Políticas Sanitárias do Estado Novo de Salazar .....	171
2.2.8.1. Os Ecos do Serviço Nacional de Saúde Britânico .....	177
2.3. A II Fase de Fomento das Políticas de Saúde e Assistência (1958-1968).....	181
2.3.1. Um Novo Ministério, sem orgânica nem atribuições .....	190
2.3.2. A Afirmação do <i>Ministério da Saúde e Assistência</i> .....	196
2.3.3. Martins de Carvalho: ministro da Saúde e Assistência .....	203
2.3.4. O Novo <i>Estatuto da Saúde e da Assistência</i> .....	211
2.3.5. O Legado de Martins de Carvalho. O Breve Mandato de Pedro Soares Martinez .....	216
2.3.6. Neto de Carvalho: ministro da Saúde e Assistência. Os Planos de Fomento .....	222
2.3.7. Um Reajustamento Ideológico .....	233
2.4. A Representatividade da Saúde e da Assistência na <i>Câmara Corporativa</i> .....	237
2.5. Vozes Críticas da Política Sanitária do Regime .....	250
2.5.1. Uma visão crítica de alguns movimentos católicos .....	250
2.5.1.1. A acção reivindicativa da CÁRITAS .....	252
2.5.2. A classe médica: um grupo de pressão .....	256
2.5.3. A atitude crítica do P.C.P.....	280
2.5.4. O poder da opinião pública .....	282
2.5.5. A tentativa frustrada da visita de Bevan a Portugal .....	285
2.6. O Financiamento da Saúde e da Assistência .....	289
2.6.1. Despesa dos Serviços Autónomos .....	303
2.6.2. O Fundo de Socorro Social .....	304
2.6.3. O Financiamento pela Fundação Calouste Gulbenkian .....	309
3. A Evolução dos Serviços de Saúde da Previdência (1933-1968) .....	313
3.1. A Federação das Caixas de Previdência .....	324
3.2. A Difícil Coordenação entre Assistência e Previdência .....	334
3.3. Uma Reforma da Previdência .....	343
3.4. A Criação da A.D.S.E. e do Regulamento Geral das Caixas de Previdência ou Reforma .....	347
3.5. Evolução da Despesa da Previdência com Saúde e Assistência .....	354

3.5.1. Federação das Caixas de Previdência – Serviços Médico-Sociais.....	355
3.5.2. Caixas de Reforma ou Previdência.....	362
3.5.3. Associações de Socorros Mútuos .....	364
3.5.4. Caixas Sindicais e Sindicatos .....	368
3.5.5. Casas do Povo.....	376
3.5.6. Casas dos Pescadores .....	381
3.6. As Críticas do <i>Avante</i> à Política Sanitária da Previdência.....	384

## PARTE II – Evolução Estrutural e Profissional. Indicadores e Cuidados Sanitários... 391

1. Um Sistema Hospitalocêntrico .....	393
1.1. Uma Organização Hospitalar Regionalizada .....	400
1.2. A Longa Espera para a Construção dos Hospitais Escolares .....	420
1.3. Nasce a <i>Direcção-Geral dos Hospitais</i> .....	424
1.4. A Evolução dos Cuidados de Saúde Hospitalares .....	449
1.5. A Evolução da Despesa Hospitalar.....	459
1.6. As Misericórdias e a Assistência Hospitalar.....	480
1.6.1. O <i>IV Congresso das Misericórdias</i> .....	492
1.7. Estruturas de Assistência Psiquiátrica .....	506
1.8. Estruturas Locais de Saúde e Assistência.....	517
1.9. Postos Médicos .....	522
1.10. Centros de Saúde .....	525
1.11. O <i>Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge</i> .....	527
1.12. Postos de Medicamentos .....	529
1.13. A Saúde Escolar e os Restantes Serviços de Saúde Dependentes do <i>Ministério da Instrução Pública / Ministério da Educação Nacional</i> .....	534
1.13.1. Os Serviços Sanitários .....	542
2. A Saúde e a Assistência Materno-Infantis. Outros Indicadores Sanitários.....	549
2.1. Saúde e Assistência Materno-Infantis.....	551
2.1.1. A Centralidade Estatal da Assistência Materno-Infantil .....	565
2.1.1.1. Do Abono de Família ao Subsídio de Maternidade .....	573
2.1.2. A Defesa do Parto Domiciliário .....	578

2.1.3.	Evolução das Estruturas de Saúde .....	588
2.1.3.1.	Maternidades e Enfermarias de Partos .....	588
2.1.3.2.	Lactários e Dispensários .....	597
2.1.4.	A Taxa de Mortalidade Infantil .....	603
2.1.5.	O Financiamento Estatal da Saúde e Assistência Materno-Infantis .....	622
2.2.	A Evolução da Mortalidade Geral .....	628
3.	A Luta contra as Doenças Infecciosas .....	639
3.1.	A Luta contra a Tuberculose .....	663
3.1.1.	O <i>Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos</i> .....	667
3.1.2.	Estruturas na Luta Anti-Tuberculosa .....	669
3.1.3.	A Assistência aos Funcionários Cíveis Tuberculosos .....	685
3.2.	O Combate à Malária .....	688
3.3.	O Estigma da Lepre em Portugal .....	694
3.4.	A Luta contra as Doenças Venéreas .....	703
4.	A Evolução das Profissões Sanitárias: o enfermeiro e o farmacêutico .....	709
4.1.	A Evolução do Profissional de Enfermagem .....	711
4.2.	A Evolução do Profissional de Farmácia .....	718
CONCLUSÃO .....		723
FONTES E BIBLIOGRAFIA .....		763
1.	Fontes .....	763
1.1.	Arquivo Nacional Torre do Tombo [A.N.T.T.] .....	776
1.1.1.	Fundo António de Oliveira Salazar .....	776
1.1.2.	Fundo do Ministério do Interior .....	777
1.2.	Arquivo de História Social do I.C.S.U.L. ....	777
1.2.1.	Fundo Pinto Quartin .....	777
1.3.	Arquivo do Gabinete de Estratégia e Planeamento do M.T.S.S.....	778
1.4.	Arquivo Maria de Lourdes Pintasilgo – Fundação Cuidar o Futuro....	778
1.5.	Arquivo Histórico Parlamentar – Assembleia da República .....	778
1.5.1.	Diários do Governo .....	778
1.5.2.	Câmara Corporativa .....	787



1.6. Publicações Periódicas.....	788
1.6.1. <i>Boletim da Assistência Social</i> .....	788
1.6.2. <i>Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência</i> .....	800
1.6.3. <i>Revista Hospitais Portugueses</i> .....	802
1.6.4. <i>Boletim dos Serviços de Saúde Pública</i> .....	804
1.6.5. <i>Boletim de Informação dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> .....	805
1.6.6. <i>Jornal O Avante</i> .....	806
1.6.7. <i>Jornal O Militante</i> .....	808
1.6.8. <i>Jornal O Têxtil</i> .....	808
1.6.9. <i>Jornal O Médico: Semanário de Assuntos Médicos e Paramédicos</i> .....	808
1.7. Fontes Estatísticas e Orçamentais .....	809
2. Bibliografia .....	810
2.1. Dicionários, Enciclopédias e Repertórios Bibliográficos .....	811
2.2. Obras de Referência Metodológica .....	814
2.3. Obras Gerais .....	817
2.4. Obras Específicas .....	826
APÊNDICE – Cronologia das Políticas de Saúde do Estado Novo de Salazar (1933-1968).....	839

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráf. 1:</b> Evolução do total de nascimentos, em Portugal, entre 1910 e 1933.....	101
<b>Gráf. 2:</b> Evolução da taxa de mortalidade na Europa, entre 1911 e 1933 – em permilagem .....	102
<b>Gráf. 3:</b> Receitas da Comissão Nacional de Socorros às Vítimas do Ciclone de 1941, segundo dados inscritos no <i>Relatório da Comissão Nacional de Socorros às Vítimas do Ciclone</i> .....	131
<b>Gráf. 4:</b> Subsídios de comparticipação concedidos a organizações oficiais de assistência (1959) – em contos.....	199
<b>Gráf. 5:</b> Verbas destinadas a Portugal pela O.M.S. para o ano de 1961 – em dólares.....	206
<b>Gráf. 6:</b> Receitas da Segurança Social em diversos países, em 1954, segundo o estudo de Amadeu Lobo da Costa – em milhares de contos.....	207
<b>Gráf. 7:</b> Origem dos investimentos integrados no <i>III Plano de Fomento para 1968-1973</i> , ao nível do sector da saúde – em percentagem (1968).....	231
<b>Gráf. 8:</b> Canalização dos investimentos integrados no <i>III Plano de Fomento</i> , ao nível da saúde – em contos (1968) .....	231
<b>Gráf. 9:</b> Evolução do total de efectivos médicos (1947-1969) .....	279
<b>Gráf. 10:</b> Evolução da distribuição do total de médicos pelos distritos de Portugal continental (1947-1969).....	279
<b>Gráf. 11:</b> Distribuição dos efectivos médicos laborando em estabelecimentos com internamento e sem internamento (1945-1969).....	280
<b>Gráf. 12:</b> Evolução da despesa hospitalar do <i>Ministério da Instrução Pública / Ministério da Educação Nacional</i> (1935-1969) – em contos.....	291
<b>Gráf. 13:</b> Percentagem da Despesa Hospitalar em relação ao orçamento global do <i>Ministério da Instrução Pública / Ministério da Educação Nacional</i> (1935-1969).....	291
<b>Gráf. 14:</b> Despesa total do <i>Ministério do Interior</i> (1935-1957) em comparação com a despesa concernente aos serviços de Saúde e de Assistência – em contos.....	292
<b>Gráf. 15:</b> Despesa total comparada dos ministérios do Estado Novo (1935-1969) – em contos.....	294
<b>Gráf. 16:</b> Despesa total do <i>Ministério da Saúde e Assistência</i> (1959-1969) e sua distribuição pelas respectivas Direcções-Gerais – em contos.....	295
<b>Gráf. 17:</b> Evolução comparada da despesa orçamentada e da despesa total dos serviços de saúde do <i>Ministério do Interior</i> (1937-1957).....	295
<b>Gráf. 18:</b> Evolução comparada da despesa orçamentada e da despesa total da <i>Direcção-Geral de Saúde</i> (1959-1969).....	296
<b>Gráf. 19:</b> Evolução dos gastos do Estado com a saúde e a assistência (1959-1965), inscritos no Parecer para o <i>III Plano de Fomento</i> – em contos.....	296

<b>Gráf. 20:</b> Percentagem de verbas sanitárias canalizadas para o <i>Ministério da Saúde e Assistência</i> e para outros ministérios (1959-1965), inscritas no Parecer para o <i>III Plano de Fomento</i> .....	297
<b>Gráf. 21:</b> Evolução orçamental da despesa ordinária e extraordinária dos diferentes ministérios com saúde e assistência (1964-1968), segundo o estudo de Maria Isabel Roque de Oliveira – em contos.....	299
<b>Gráf. 22:</b> Proveniência das receitas das instituições particulares de assistência (1964), em percentagem, conforme o constante no Parecer do <i>III Plano de Fomento</i> .....	300
<b>Gráf. 23:</b> Proveniência das receitas das instituições oficiais de assistência (1964), em percentagem, conforme o constante no Parecer do <i>III Plano de Fomento</i> .....	300
<b>Gráf. 24:</b> Receitas das instituições oficiais de saúde de assistência e das instituições de previdência neste sector (1964), conforme o constante no Parecer do <i>III Plano de Fomento</i> – em contos.....	301
<b>Gráf. 25:</b> Evolução comparada da percentagem de gastos com saúde pública, segurança social e assistência, em relação ao total de despesas orçamentais (1967-1968), segundo estudo publicado pelo <i>Boletim do Ministério da Saúde e Assistência</i> .....	302
<b>Gráf. 26:</b> Evolução da despesa orçamental com os <i>Hospitais Cívicos de Lisboa</i> (1943-1969), segundo os orçamentos gerais do Estado – em contos.....	303
<b>Gráf. 27:</b> Evolução da despesa orçamental com a <i>Santa Casa da Misericórdia de Lisboa</i> (1943-1969), segundo os orçamentos gerais do Estado – em contos.....	304
<b>Gráf. 28:</b> Distribuição de verbas pelo Fundo de Socorro Social (1951-1969).....	306
<b>Gráf. 29:</b> Subsídios para a <i>CÁRITAS</i> outorgados pelo Fundo de Socorro Social (1956-1961), em contos.....	308
<b>Gráf. 30:</b> Despesa da <i>Fundação Calouste Gulbenkian</i> (1957-1966), em contos.....	311
<b>Gráf. 31:</b> Evolução da capitação média por beneficiário dos <i>Serviços Médico-Sociais</i> /ano – em escudos.....	332
<b>Gráf. 32:</b> Evolução do gasto farmacêutico por beneficiário dos <i>Serviços Médico-Sociais</i> /ano – em escudos.....	333
<b>Gráf. 33:</b> Evolução do total de beneficiários do seguro social segundo as diversas origens (1961-1965), segundo o estudo de Maria do Rosário Giraldes.....	351
<b>Gráf. 34:</b> Evolução da despesa do Estado com o <i>Ministério das Corporações e Previdência Social</i> , em contos (1951-1969).....	355
<b>Gráf. 35:</b> Evolução do total de população abrangida pelos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> , nos postos e nas delegações (1947-1967).....	356
<b>Gráf. 36:</b> Evolução do total de postos e delegações dos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1947-1967).....	356
<b>Gráf. 37:</b> Evolução do total de beneficiários e familiares abrangidos pelos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1955-1965).....	357
<b>Gráf. 38:</b> Evolução do total de consultas prestadas pelos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> aos respectivos beneficiários (1947-1967).....	357
<b>Gráf. 39:</b> Evolução do total de consultas prestadas pelos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> , de acordo com a sua localização e especialização (1959-1967).....	358
<b>Gráf. 40:</b> Evolução do total de consultas de especialidade prestadas pelos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1955-1967).....	358

<b>Gráf. 41:</b> Evolução do total de tratamentos de enfermagem prestados pelos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1947-1967).....	359
<b>Gráf. 42:</b> Evolução do total de exames auxiliares de diagnóstico prestados pelos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1959-1967).....	359
<b>Gráf. 43:</b> Evolução do total de “outros tratamentos” prestados pelos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1959-1967).....	360
<b>Gráf. 44:</b> Evolução do total de internamentos da responsabilidade dos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1959-1967).....	360
<b>Gráf. 45:</b> Evolução do total de dias de internamento sob responsabilidade dos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1959-1967).....	361
<b>Gráf. 46:</b> Evolução da média de dias de internamento por doente dos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1959-1967).....	361
<b>Gráf. 47:</b> Evolução da despesa total dos <i>Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência</i> (1949-1965) – em contos.....	361
<b>Gráf. 48:</b> Evolução do total de caixas de reforma ou previdência existentes (1943-1965).....	363
<b>Gráf. 49:</b> Evolução da população abrangida pelas Caixas de Reforma ou Previdência (1951-1965).....	363
<b>Gráf. 50:</b> Evolução do total de intervenções das caixas de reforma na acção de previdência / médico-social (1955-1965).....	363
<b>Gráf. 51:</b> Evolução do total de socorridos pelas caixas de reforma no âmbito da sua acção assistencial (1955-1965).....	364
<b>Gráf. 52:</b> Evolução do total de associações de socorros mútuos (1931-1965).....	365
<b>Gráf. 53:</b> Evolução comparada da despesa total das associações de socorros mútuos e da sua despesa com saúde – em contos (1931-1969).....	366
<b>Gráf. 54:</b> Evolução do total de despesa das associações de socorros mútuos (1959-1965).....	366
<b>Gráf. 55:</b> Evolução do total de postos de socorros e de médicos a laborarem nas instituições de saúde geridas pelas associações de socorros mútuos (1945-1969).....	367
<b>Gráf. 56:</b> Evolução do total de consultas prestadas nas instituições de saúde geridas pelas associações de socorros mútuos (1947-1969).....	367
<b>Gráf. 57:</b> Evolução do total de sindicatos nacionais (1939-1969).....	369
<b>Gráf. 58:</b> Evolução do total de caixas sindicais de previdência (1939-1965).....	370
<b>Gráf. 59:</b> Evolução da população abrangida na doença pelas caixas sindicais de previdência (1953-1965).....	370
<b>Gráf. 60:</b> Evolução do total de médicos a laborarem nos postos das caixas sindicais de previdência (1945-1965).....	371
<b>Gráf. 61:</b> Evolução do total de cuidados de saúde prestados pelas caixas sindicais de previdência (1947-1969).....	371
<b>Gráf. 62:</b> Evolução da despesa das caixas sindicais (1957-1965).....	371
<b>Gráf. 63:</b> Evolução da despesa total dos sindicatos e da sua despesa com assistência (1941-1969).....	375
<b>Gráf. 64:</b> Evolução do total de sindicatos prestadores de cuidados de saúde e assistência (1957-1967).....	375

<b>Gráf. 65:</b> Evolução do total de socorridos pela acção assistencial dos sindicatos (1955-1965).....	375
<b>Gráf. 66:</b> Evolução do total de casas do povo (1938-1969).....	378
<b>Gráf. 67:</b> Evolução do total de sócios das casas do povo (1949-1969).....	378
<b>Gráf. 68:</b> Evolução comparada da despesa total das casas do povo e da despesa específica com previdência e assistência – em contos (1938-1969).....	378
<b>Gráf. 69:</b> Evolução do total de casas do povo com serviços médicos próprios (1941-1967).....	379
<b>Gráf. 70:</b> Evolução do total de casas dos pescadores em Portugal (1939-1969).....	382
<b>Gráf. 71:</b> Evolução da despesa das casas dos pescadores com assistência clínica e da sua despesa total (1938-1969).....	383
<b>Gráf. 72:</b> Evolução dos cuidados de saúde prestados pelas casas dos pescadores (1951-1969).....	383
<b>Gráf. 73:</b> Evolução do total de hospitais (1939-1969), segundo os Anuários Estatísticos Nacionais.....	408
<b>Gráf. 74:</b> Total da despesa extraordinária do M.O.P. com a construção de novos hospitais (1947-1961), segundo os orçamentos gerais do Estado – em contos.....	409
<b>Gráf. 75:</b> Dependência patrimonial dos estabelecimentos de saúde com internamento (1951).....	409
<b>Gráf. 76:</b> Subsídios outorgados pela <i>Direcção-Geral de Assistência</i> às misericórdias para obras e remodelações dos seus hospitais (1947-1951) – em contos.....	410
<b>Gráf. 77:</b> Canalização das verbas para o programa de construção, remodelação e reapetrechamento hospitalar (1939-1959), inscrita no Parecer nº.42/VII – em percentagem.....	411
<b>Gráf. 78:</b> Subsídios atribuídos pelo Estado, através da <i>Direcção-Geral de Assistência</i> , aos hospitais, segundo o Parecer nº.42/VII (1949-1960) – em contos.....	412
<b>Gráf. 79:</b> Subsídios concedidos pelo Estado aos hospitais, por cama (1960) – em contos.....	413
<b>Gráf. 80:</b> Encargos para a construção e equipamento dos hospitais escolares (1933-1958) do orçamento do <i>Ministério das Obras Públicas</i> – em contos.....	423
<b>Gráf. 81:</b> Total de hospitais gerais segundo a sua tipologia (1964), inscritos no <i>III Plano de Fomento</i> .....	437
<b>Gráf. 82:</b> Evolução do total de camas nos hospitais, por tipologia (1955-1964), inscrita no <i>III Plano de Fomento</i> .....	437
<b>Gráf. 83:</b> Evolução do total de dias de internamento (1955-1964) inscrita no <i>III Plano de Fomento</i> .....	437
<b>Gráf. 84:</b> Evolução da percentagem de ocupação dos hospitais (1955-1964) inscrita no <i>III Plano de Fomento</i> .....	438
<b>Gráf. 85:</b> Evolução do total de hospitais gerais em Portugal (1939-1969).....	449
<b>Gráf. 86:</b> Distribuição e evolução do total de estabelecimentos de saúde com internamento por distritos (1933-1969).....	450
<b>Gráf. 87:</b> Evolução do total de estruturas sanitárias em Portugal (1939-1969).....	450
<b>Gráf. 88:</b> Dependência patrimonial dos estabelecimentos de saúde com internamento (1951-1969).....	451
<b>Gráf. 89:</b> Dependência patrimonial das camas hospitalares (1959-1969).....	452
<b>Gráf. 90:</b> Distribuição do total de camas segundo a tipologia hospitalar (1957-1969).....	452

<b>Gráf. 91:</b> Instalações dos estabelecimentos de saúde com internamento (1959-1967).....	453
<b>Gráf. 92:</b> Média diária de internados segundo da dependência patrimonial dos hospitais (1961-1969).....	453
<b>Gráf. 93:</b> Evolução do total de consultas de urgência (1933-1969).....	454
<b>Gráf. 94:</b> Evolução do total de cirurgias de urgência (1933-1969).....	455
<b>Gráf. 95:</b> Evolução do total de bancos de urgência (1933-1967).....	455
<b>Gráf. 96:</b> Dependência patrimonial dos bancos hospitalares (1959-1967).....	456
<b>Gráf. 97:</b> Evolução do total de consultas externas nos hospitais (1945-1969).....	457
<b>Gráf. 98:</b> Total de consultas externas nas unidades de internamento por especialidades (1961-1969)...	457
<b>Gráf. 99:</b> Comparação entre o total de serviços de consultas externas existente nos hospitais estatais e nos hospitais das misericórdias (1961-1969).....	458
<b>Gráf. 100:</b> Total de serviços nos hospitais do Estado, das misericórdias e particulares (1959-1969).....	459
<b>Gráf. 101:</b> Verbas atribuídas pelo Estado para apetrechamento dos hospitais (1961-1963), segundo o <i>Plano Intercalar de Fomento</i> – em contos.....	471
<b>Gráf. 102:</b> Financiamento hospitalar, segundo a tipologia de hospital (1962), incluído no <i>Plano Intercalar de Fomento</i> – em percentagem.....	471
<b>Gráf. 103:</b> Total de receitas, segundo a tipologia hospitalar (1962), inscrita no <i>Plano Intercalar de Fomento</i> – em contos.....	472
<b>Gráf. 104:</b> Investimentos, em percentagem, relativos ao <i>Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967</i> .....	472
<b>Gráf. 105:</b> Dotações do regime ao nível da saúde e assistência, segmentadas por sectores, segundo o <i>Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967</i> – em contos.....	473
<b>Gráf. 106:</b> Despesa do Estado com a saúde e assistência, em relação à despesa geral do Estado (1945-1963), segundo o <i>Plano Intercalar de Fomento</i> – em percentagem.....	474
<b>Gráf. 107:</b> Canalização das verbas destinadas à assistência hospitalar, incluídas no <i>III Plano de Fomento</i> – em percentagem.....	479
<b>Gráf. 108:</b> Evolução do total de misericórdias prestadoras de cuidados de saúde e assistência (1933-1955).....	495
<b>Gráf. 109:</b> Percentagem de hospitais pertencentes às misericórdias face aos restantes (1945-1969).....	496
<b>Gráf. 110:</b> Percentagem de estabelecimentos de saúde com internamento pertencentes às misericórdias face ao total (1951-1969).....	496
<b>Gráf. 111:</b> Percentagem de estabelecimentos de saúde pertencentes às misericórdias face ao total de estabelecimentos de saúde (1961-1969).....	497
<b>Gráf. 112:</b> Percentagem de camas pertencentes às misericórdias face às restantes (1959-1969).....	497
<b>Gráf. 113:</b> Percentagem de postos médicos sob dependência das misericórdias (1951-1969).....	498
<b>Gráf. 114:</b> Percentagem de hospitais pediátricos e hospitais especializados sob dependência das misericórdias (1959-1967).....	499
<b>Gráf. 115:</b> Percentagem diária de internados nos hospitais das misericórdias (1961-1969).....	499

<b>Gráf. 116:</b> Evolução comparada das receitas e das despesas das misericórdias (1933-1955) – em contos.....	504
<b>Gráf. 117:</b> Evolução das receitas das misericórdias (1939-1955) – em contos.....	504
<b>Gráf. 118:</b> Evolução das despesas das misericórdias (1939-1955) – em contos.....	505
<b>Gráf. 119:</b> Despesas das misericórdias com assistência (1941-1955) – em contos.....	505
<b>Gráf. 120:</b> Total de doentes nos diversos estabelecimentos psiquiátricos no continente, em 1939.....	507
<b>Gráf. 121:</b> Total de camas e de internados nos hospitais psiquiátricos (1944/1960).....	512
<b>Gráf. 122:</b> Verbas do <i>III Plano de Fomento</i> canalizadas para a saúde mental - em contos.....	517
<b>Gráf. 123:</b> Evolução do total de postos médicos (1933-1967).....	523
<b>Gráf. 124:</b> Evolução da dependência patrimonial dos postos médicos (1951-1969).....	523
<b>Gráf. 125:</b> Evolução do total de consultas nos postos médicos (1933-1969).....	524
<b>Gráf. 126:</b> Evolução do total de pequenas cirurgias nos postos médicos (1933-1969).....	524
<b>Gráf. 127:</b> Movimento nos postos médicos, em número de prestações de serviços (1959-1967).....	525
<b>Gráf. 128:</b> Despesa do <i>Ministério da Instrução Pública/Educação Nacional</i> com a <i>Direcção-Geral de Saúde Escolar/ Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar</i> , em pontos percentuais, relativos à sua despesa global (1935-1969).....	545
<b>Gráf. 129:</b> Evolução da despesa com a <i>Direcção-Geral de Saúde Escolar/ Direcção-Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar</i> (1935-1969) – em contos.....	546
<b>Gráf. 130:</b> Percentagem da despesa hospitalar orçamentada do <i>Ministério da Instrução Pública/Ministério da Educação Nacional</i> em relação à sua despesa total (1935-1969).....	547
<b>Gráf. 131:</b> Evolução da despesa orçamentada do <i>Ministério da Instrução Pública/Ministério da Educação Nacional</i> com os hospitais dele dependentes (1935-1969) – em contos.....	548
<b>Gráf. 132:</b> Evolução comparada da despesa orçamentada dos estabelecimentos de saúde dependentes do <i>Ministério da Instrução Pública/Educação Nacional</i> (1935-1969) – em contos.....	548
<b>Gráf. 133:</b> Evolução da Taxa Bruta de Natalidade (1910/1911 – 1970/1971) – em permilagem.....	554
<b>Gráf. 134:</b> Caixas de previdência – total de beneficiários, em milhares, que deram lugar ao pagamento de abonos de família (1959-1969).....	577
<b>Gráf. 135:</b> Total de beneficiários das caixas de previdência, abrangidos e subsidiados por doença e maternidade (1959-1969).....	577
<b>Gráf. 136:</b> Caixas de previdência: nº de beneficiários (em milhares) que deram lugar ao pagamento de subsídios de nascimento e aleitação (1961-1969).....	577
<b>Gráf. 137:</b> Despesa das caixas de previdência com a prestação de abonos de família e prestações complementares – em contos (1959-1969).....	578
<b>Gráf. 138:</b> Locais de ocorrência dos partos (1947-1969).....	580
<b>Gráf. 139:</b> Assistência dos partos domiciliários (1955-1969), por total de ocorrências.....	583
<b>Gráf. 140:</b> Percentagem de nados-mortos segundo tipo de parto (1955-1969).....	583
<b>Gráf. 141:</b> Percentagem de nados-mortos segundo as modalidades de assistência no parto domiciliar (1955-1969).....	584

<b>Gráf. 142:</b> Total de crianças nascidas segundo o tipo de instituição de saúde (1959-1969).....	586
<b>Gráf. 143:</b> Total de crianças nascidas segundo a dependência patrimonial dos hospitais (1959-1969)...	587
<b>Gráf. 144:</b> Caixas de previdência - Acção médico - social: total de serviços prestados a beneficiários e familiares (1959-1969).....	588
<b>Gráf. 145:</b> Evolução do total de maternidades e enfermarias de partos em Portugal (1931-1969).....	593
<b>Gráf. 146:</b> Dependência patrimonial das maternidades e enfermarias de partos (1945-1967).....	595
<b>Gráf. 147:</b> Evolução do total de camas nas maternidades (1957-1969).....	596
<b>Gráf. 148:</b> Distribuição do total de camas para nascimentos segundo o tipo de estabelecimento (1965).....	596
<b>Gráf. 149:</b> Evolução do total de lactários entre 1933 e 1937.....	598
<b>Gráf. 150:</b> Evolução do total de consultas e vacinações nos lactários (1933-1937).....	599
<b>Gráf. 151:</b> Evolução do total de lactários por distrito, entre 1933 e 1937.....	599
<b>Gráf. 152:</b> Evolução do total de dispensários materno-infantis (Serviços de Puericultura/Serviços Materno-Infantis) (1937-1969).....	599
<b>Gráf. 153:</b> Dependência patrimonial dos dispensários e postos materno-infantis (1963-1969).....	601
<b>Gráf. 154:</b> Evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal (1933-1969), em permilagem, segundo dados do I.N.E.....	604
<b>Gráf. 155:</b> Evolução da Taxa de Mortalidade Neonatal (1950-1973).....	606
<b>Gráf. 156:</b> Evolução da Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (1950-1973).....	606
<b>Gráf. 157:</b> Evolução da taxa de mortalidade neonatal em alguns países da O.C.D.E. (1961-1969).....	607
<b>Gráf. 158:</b> Evolução comparada da taxa de mortalidade infantil em vários países europeus (1933-1945) – em permilagem, segundo B.R. Mitchell.....	614
<b>Gráf. 159:</b> Causas de morte em crianças com menos de 5 anos de idade (1933-1969), segundo o I.N.E.....	619
<b>Gráf. 160:</b> Evolução da Taxa de Mortalidade Materna por 100.000 hab. (1933-1967).....	619
<b>Gráf. 161:</b> Evolução do total de partos em Portugal (1931-1969).....	620
<b>Gráf. 162:</b> Evolução comparada da taxa de mortalidade materna em alguns países europeus membros da O.C.D.E. (1961-1969).....	620
<b>Gráf. 163:</b> Evolução do total de mulheres que deram entradas nas maternidades portuguesas (1937-1957).....	621
<b>Gráf. 164:</b> Evolução do total de mulheres falecidas nas maternidades (1935-1957).....	621
<b>Gráf. 165:</b> Evolução do total de crianças falecidas nas maternidades (1935-1957).....	621
<b>Gráf. 166:</b> Evolução do financiamento estatal para a assistência à maternidade e à primeira infância (1943-1969), através do orçamento da <i>Direcção-Geral de Assistência</i> – em contos.....	622
<b>Gráf. 167:</b> Evolução comparada da despesa orçamental entre a assistência à maternidade e à primeira infância e a despesa total dos serviços de assistência pública (1943-1969) – em contos.....	623
<b>Gráf. 168:</b> Despesa total do Fundo de Socorro Social <i>versus</i> despesa do Fundo com assistência materno-infantil (1951-1963) – em contos.....	625



<b>Gráf. 169:</b> Evolução da taxa bruta de mortalidade (1935-1969) – em permilagem, segundo dados do I.N.E.....	628
<b>Gráf. 170:</b> Evolução da dotação orçamental para o programa de doenças reumáticas e cardiovasculares (1955-1969) – em contos.....	629
<b>Gráf. 171:</b> Evolução comparada da mortalidade por doenças de coração (1960-1966) em alguns países europeus.....	630
<b>Gráf. 172:</b> Evolução comparada da mortalidade por lesões vasculares (1960-1966) em alguns países europeus.....	630
<b>Gráf. 173:</b> Evolução comparada da mortalidade por lesões vasculares (1960-1966) em alguns países europeus.....	630
<b>Gráf. 174:</b> Evolução comparada das taxas brutas de mortalidade em vários países europeus no pós II Guerra Mundial (1947-1969).....	633
<b>Gráf. 175:</b> Mortalidade devida a doenças infecciosas por 100.000 habitantes em vários países membros da O.C.D.E.(1961-1969).....	634
<b>Gráf. 176:</b> Esperança média de vida ao nascimento (1950-1954), segundo os dados recolhidos por Amadeu Lobo da Costa.....	636
<b>Gráf. 177:</b> Esperança média de vida ao nascimento (1959), segundo dados do Parecer nº. 42/VII da Câmara Corporativa.....	636
<b>Gráf. 178:</b> Esperança média de vida ao nascimento de indivíduos do sexo feminino, membros da O.C.D.E. (1961-1969).....	637
<b>Gráf. 179:</b> Percentagem de óbitos sem confirmação médica, segundo locais (1951-1957), segundo os dados de Amadeu Lobo da Costa.....	637
<b>Gráf. 180:</b> Evolução da mortalidade provocada por doenças infecciosas (1933-1969), em percentagem, segundo dados do I.N.E.....	644
<b>Gráf. 181:</b> Evolução do total de vacinações contra a varíola (1939-1969).....	651
<b>Gráf. 182:</b> Evolução do total de vacinações contra a varíola fornecidas a estabelecimentos (1951-1959), segundo dados do I.N.E.....	652
<b>Gráf. 183:</b> Evolução do total de vacinações antidiftéricas (1939-1969).....	653
<b>Gráf. 184:</b> Evolução comparada da vacinação antivariólica e antidiftérica (1939-1969).....	653
<b>Gráf. 185:</b> Vacinações antidiftéricas fornecidas a estabelecimentos de assistência e outros (1951-1959).....	653
<b>Gráf. 186:</b> Evolução dos locais de vacinação (1935-1959).....	654
<b>Gráf. 187:</b> Dependência patrimonial das vacinas em 1959.....	655
<b>Gráf. 188:</b> Taxa de morbilidade de algumas doenças infecciosas por 100.000 habitantes, segundo o Parecer nº. 42/VII da Câmara Corporativa (1943-1959).....	657
<b>Gráf. 189:</b> Taxa de mortalidade por algumas doenças infecciosas por 100.000 habitantes, segundo o Parecer nº. 42/VII da Câmara Corporativa (1943-1959).....	657
<b>Gráf. 190:</b> Evolução do total de vacinados (1961-1969), segundo o <i>III Plano de Fomento</i> .....	662
<b>Gráf. 191:</b> Evolução comparada da despesa total orçamentada da D.G.S. e da despesa deste organismo com a profilaxia de doenças infecciosas e o combate a epidemias (1947-1969) – em contos.....	663

<b>Gráf. 192:</b> Evolução percentual da mortalidade por tuberculose pulmonar, em relação à mortalidade geral (1933-1969), segundo dados do I.N.E. – em percentagem.....	664
<b>Gráf. 193:</b> Taxa de mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes (1941-1959), segundo o Parecer nº. 42/VII da <i>Câmara Corporativa</i> .....	664
<b>Gráf. 194:</b> Evolução comparada entre a taxa de mortalidade por tuberculose portuguesa e de outros países, por 100.000 habitantes (1930-1956), segundo Joaquim de Lemos Mendonça.....	665
<b>Gráf. 195:</b> Taxa de mortalidade por tuberculose em alguns países europeus membros da O.C.D.E. (1961-1969).....	666
<b>Gráf. 196:</b> Evolução do total de dispensários antituberculosos dependentes e não dependentes da A.N.T./I.A.N.T. em funcionamento (1935-1955).....	672
<b>Gráf. 197:</b> Evolução da dependência patrimonial dos dispensários antituberculosos (1959-1969).....	672
<b>Gráf. 198:</b> Evolução do total de sanatórios antituberculosos (1939-1967).....	673
<b>Gráf. 199:</b> Evolução do total de doentes nos sanatórios dependentes e não dependentes da A.N.T./I.A.N.T. (1933-1953).....	673
<b>Gráf. 200:</b> Mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes (1950), segundo o <i>Relatório do I.A.N.T.</i> .....	678
<b>Gráf. 201:</b> Evolução percentual da mortalidade por malária (1933-1969).....	689
<b>Gráf. 202:</b> Morbilidade por malária por 100.000 habitantes (1943-1959), segundo o Parecer nº. 42/VII (1961).....	691
<b>Gráf. 203:</b> Evolução do total de doentes assistidos e parasitados nos postos e estações anti-sezonáticas (1933-1967).....	693
<b>Gráf. 204:</b> Evolução do total de consultas anti-sezonáticas nas estações e postos (1935-1969).....	693
<b>Gráf. 205:</b> Evolução do total de estações anti-sezonáticas (1935-1969).....	693
<b>Gráf. 206:</b> Despesa orçamental comparada entre a despesa total da <i>Direcção-Geral de Assistência</i> e a despesa daquele organismo com a assistência aos leprosos – em contos (1949-1965).....	703
<b>Gráf. 207:</b> Evolução percentual da mortalidade por sífilis (1933-1969), segundo dados do I.N.E. ....	705
<b>Gráf. 208:</b> Evolução do total de postos antivenéreos e dispensários de higiene social (1935-1969).....	706
<b>Gráf. 209:</b> Evolução do total de consultas nos estabelecimentos antivenéreos (1933-1969).....	707
<b>Gráf. 210:</b> Dependência patrimonial das consultas nos estabelecimentos antivenéreos (1959-1969).....	707
<b>Gráf. 211:</b> Evolução do movimento nos estabelecimentos antivenéreos (1961-1969).....	708
<b>Gráf. 212:</b> Evolução do total de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e parteiras (1947-1967).....	715
<b>Gráf. 213:</b> Distribuição dos profissionais de enfermagem por tipologia de estabelecimentos de saúde, com e sem internamento (1949-1969).....	716
<b>Gráf. 214:</b> Evolução da distribuição dos enfermeiros pelos distritos de Portugal continental (1947-1969).....	716
<b>Gráf. 215:</b> Evolução do total de profissionais de farmácia (1951-1969).....	721
<b>Gráf. 216:</b> Evolução da distribuição dos enfermeiros pelos distritos de Portugal continental (1947-1969).....	721

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tab. 1:</b> Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (1911-1933) – em permilagem .....	101
<b>Tab. 2:</b> Dispersão dos serviços de assistência por organismos de vários ministérios para além da <i>Direcção-Geral de Assistência</i> (1942).....	120
<b>Tab. 3:</b> Órgãos superiores de assistência, segundo o <i>Estatuto da Assistência Social</i> (1944) .....	135
<b>Tab. 4:</b> Atribuições das comissões municipais e paroquiais de assistência, segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945) .....	138
<b>Tab. 5:</b> Atribuições da <i>Direcção-Geral de Saúde</i> e da <i>Direcção-Geral de Assistência</i> , segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945) .....	139
<b>Tab. 6:</b> Organismos especiais e equiparados a especiais, segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945) .....	140
<b>Tab. 7:</b> Órgãos de coordenação da assistência, segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945) .....	141
<b>Tab. 8:</b> Actividades de Saúde e Assistência, segundo a Lei nº. 2120 (1963) .....	215
<b>Tab. 9:</b> Dispersão dos serviços de saúde, para além dos dependentes do <i>Ministério da Saúde e Assistência</i> , segundo o Parecer nº. 17/VIII (1964) .....	224
<b>Tab. 10:</b> Orgânica da <i>Direcção-Geral de Saúde</i> , segundo o <i>Plano Intercalar de Fomento</i> (1964) .....	225
<b>Tab. 11:</b> Estabelecimentos oficiais de saúde dependentes da <i>Direcção-Geral de Saúde</i> , da <i>Direcção-Geral de Assistência</i> e da <i>Direcção-Geral dos Hospitais</i> , segundo a Portaria nº. 21249 (1965) e a Portaria nº. 21544 (1965) .....	228
<b>Tab. 12:</b> Atribuições da Corporação da Assistência, segundo o Decreto nº. 47214 (1966) .....	249
<b>Tab. 13:</b> Principais funções e prerrogativas da <i>Ordem dos Médicos</i> , através do Decreto-Lei nº. 29171 (1938).....	258
<b>Tab. 14:</b> Evolução das despesas orçamentais ordinárias em saúde e assistência nos diferentes ministérios (1964-1968), segundo o estudo de Maria Isabel Roque de Oliveira – em contos.....	298
<b>Tab. 15:</b> Receitas do Fundo de Socorro Social, de acordo com o Decreto-Lei nº. 35427, alterado pelo Decreto-Lei nº. 35581 (1946).....	305
<b>Tab. 16:</b> Serviços de saúde, assistência e previdência não dependentes do <i>Ministério da Saúde e Assistência</i> e do <i>Ministério das Corporações</i> , segundo o Parecer 39/VII.....	344
<b>Tab. 17:</b> Evolução de total de beneficiários e de médicos no sector da Previdência (1964-1966), segundo o <i>III Plano de Fomento para 1968-1973</i> .....	353
<b>Tab. 18:</b> Evolução da despesa do <i>Ministério das Finanças</i> com as corporações e a previdência social versus despesa total do ministério, em contos (1935-1949).....	354
<b>Tab. 19:</b> Evolução do total de sócios, subsidiados e pensionistas das associações de socorros mútuos (1947-1961).....	366
<b>Tab. 20:</b> A divisão do país em termos hospitalares, segundo a Lei nº. 2011 (1946).....	401

<b>Tab. 21:</b> Atribuições e serviços mínimos dos hospitais regionais e sub-regionais, segundo a Lei nº. 2011 (1946).....	402
<b>Tab. 22:</b> Equipamentos complementares aos hospitais, em cada zona, segundo a Lei nº. 2011 (1946).....	403
<b>Tab. 23:</b> Atribuições da Comissão de Construções Hospitalares, segundo a Lei nº. 2011 (1946).....	404
<b>Tab. 24:</b> Obras concluídas e em curso, em 1951, segundo António Pires de Lima.....	408
<b>Tab. 25:</b> Competências das Comissões Inter-Hospitalares, segundo a Portaria nº. 18752 (1961).....	426
<b>Tab. 26:</b> Tipologia dos estabelecimentos ou serviços hospitalares, de acordo com o Decreto-Lei nº. 48357 (1968).....	440
<b>Tab. 27:</b> Directrizes da assistência hospitalar, segundo o <i>Estatuto Hospitalar</i> (1968).....	441
<b>Tab. 28:</b> Competências da <i>Direcção-Geral dos Hospitais</i> em termos de organização hospitalar, segundo o Decreto-Lei nº. 48357 (1968).....	442
<b>Tab. 29:</b> Classificação dos hospitais regionais e sub-regionais segundo o número de camas, de acordo com o <i>Regulamento Geral dos Hospitais</i> (1968).....	444
<b>Tab. 30:</b> Órgãos de administração e de direcção técnica dos hospitais centrais, regionais e sub-regionais, segundo o Decreto nº. 48358 (1968).....	447
<b>Tab. 31:</b> Hierarquização das responsabilidades pelos encargos em matéria hospitalar, segundo o Decreto-Lei nº. 39805 (1954).....	462
<b>Tab. 32:</b> Participação dos concelhos nos encargos com a assistência hospitalar, consoante a condição económica dos utentes, de acordo com o Decreto-Lei nº. 46301 (1965).....	477
<b>Tab. 33:</b> Competências da Comissão de Financiamento Hospitalar, segundo o Decreto-Lei nº. 46301 (1965).....	478
<b>Tab. 34:</b> Classificação das misericórdias, segundo António Aguiar Cardoso (1932).....	483
<b>Tab. 35:</b> Atribuições de exercício obrigatório das misericórdias, segundo o <i>Código Administrativo</i> de 1940.....	486
<b>Tab. 36:</b> Organismos constituintes de um Centro de Assistência Psiquiátrica, segundo a Lei nº. 2006 (1945).....	508
<b>Tab. 37:</b> Organismos compreendidos sobre a designação “Asilo Psiquiátrico”, segundo a Lei nº. 2006 (1945).....	509
<b>Tab. 38:</b> Competências do <i>Instituto de Saúde Mental</i> , segundo a Lei nº. 2118 (1963).....	514
<b>Tab. 39:</b> Estabelecimentos e serviços destinados à profilaxia, tratamento e recuperação de doentes mentais, segundo a Lei nº. 2118 (1963).....	515
<b>Tab. 40:</b> Atribuições obrigatórias dos médicos municipais, segundo o <i>Código Administrativo</i> de 1940.....	519
<b>Tab. 41:</b> Outras atribuições das juntas de freguesia, em termos de saúde e assistência, segundo o <i>Código Administrativo</i> de 1940.....	520
<b>Tab. 42:</b> Competências dos serviços farmacêuticos hospitalares, segundo o Decreto-Lei nº. 44204.....	533
<b>Tab. 43:</b> Cuidados de saúde desenvolvidos pela <i>Organização Nacional Defesa da Família</i> , entre 1939 e 1941.....	566
<b>Tab. 44:</b> Atribuições do <i>Instituto de Assistência à Família</i> , veiculado pelo Decreto-Lei nº. 35108 .....	568

<b>Tab. 45:</b> Ocorrência, em percentagem, de partos domiciliários por distrito (1945-1969), segundo dados do I.N.E. ....	581
<b>Tab. 46:</b> Evolução do total de maternidades e enfermarias de partos, por distritos (1931-1957).....	593
<b>Tab. 47:</b> Evolução do total de maternidades por distritos (1957-1965).....	594
<b>Tab. 48:</b> Distribuição geográfica dos Serviços de Puericultura/Serviços Materno-Infantis/ Dispensários e Postos Materno-Infantis (1937-1969).....	601
<b>Tab. 49:</b> Determinantes da mortalidade infantil, segundo Arbelo Curbelo e Arbelo Lopez de Letona....	613
<b>Tab. 50:</b> Evolução comparada da taxa de mortalidade infantil em vários países europeus (1947-1969) – em permilagem, segundo B.R. Mitchell .....	614
<b>Tab. 51:</b> Evolução comparada da taxa de mortalidade infantil em vários países europeus (1947-1969) – em permilagem, segundo B.R. Mitchell .....	615
<b>Tab. 52:</b> Evolução percentual das principais causas de mortalidade em Portugal (1933-1969), segundo dados do I.N.E.....	631
<b>Tab. 53:</b> Atribuições do Parque Sanitário, a partir do Decreto nº. 36361 (1947).....	642
<b>Tab. 54:</b> Encargos da assistência aos doentes contagiosos, segundo a Lei nº. 2036 (1949).....	649
<b>Tab. 55:</b> Plano Nacional de Vacinação, na sua fase inicial, em 1965 .....	660
<b>Tab. 56:</b> Esquema geral de vacinações, segundo despacho do ministro da Saúde e Assistência, de 11 de Janeiro de 1965, para ser adoptado em todas as instituições dependentes do <i>Ministério da Saúde e Assistência</i> .....	661
<b>Tab. 57:</b> Competências do <i>Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos</i> , veiculadas pelo Decreto-Lei nº. 35108 (1945).....	667
<b>Tab. 58:</b> Competências do I.A.N.T., segundo a Lei nº. 2044 (1950).....	668
<b>Tab. 59:</b> Constituição da organização antituberculosa de cada zona, segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945).....	670
<b>Tab. 60:</b> Competências da <i>Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos</i> , segundo o Decreto-Lei nº. 28493 (1938).....	690
<b>Tab. 61:</b> Competências gerais e específicas do <i>Instituto de Assistência aos Leprosos</i> , segundo do Decreto-Lei nº.36450 (1947).....	698
<b>Tab. 62:</b> Competências do Conselho Técnico de Leprologia, segundo o Decreto-Lei nº. 43756 (1961).....	701
<b>Tab. 63:</b> Dependência patrimonial dos postos antivenéreos (1963-1969).....	707

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Fig.1:</b> Alegoria desenhada e oferecida à <i>Assistência Nacional aos Tuberculosos</i> pelo rei D. Carlos I ...	76
<b>Fig. 2:</b> Cartaz propagandístico da I <i>Jornada das Mães de Família</i> , realizada em 13 e 14 de Junho de 1942.....	559
<b>Fig. 3:</b> Cartaz propagandístico da II <i>Jornada das Mães de Família</i> , realizada em 1943 .....	561
<b>Fig. 4:</b> Dois postais propagandísticos publicados por ocasião da I <i>Jornada de Mães de Família</i> , ocorrida em 1942 .....	562

## ÍNDICE DE ORGANOGRAMAS

<b>Org.1:</b> Organização dos serviços de saúde, segundo o Decreto de 3 de Janeiro de 1837.....	71
<b>Org.2:</b> Organização dos serviços de saúde, segundo o Decreto de 3 de Dezembro de 1868 .....	71
<b>Org.3:</b> Organização dos serviços de saúde, segundo o Decreto de 4 de Outubro de 1899 .....	73
<b>Org. 4:</b> Organização dos serviços de saúde, segundo o Decreto de 28 de Dezembro de 1899 .....	74
<b>Org. 5:</b> Organização dos serviços de saúde e assistência do <i>Ministério do Interior</i> veiculada pelo Decreto de 10 de Fevereiro de 1911 .....	78
<b>Org. 6:</b> Organização dos serviços de saúde e assistência após a reforma preconizada por António José de Almeida (1911) .....	80
<b>Org. 7:</b> Organização dos serviços de saúde e assistência veiculada pelo Decreto nº. 4641, de 14 de Julho de 1918 .....	84
<b>Org. 8:</b> Organização dos serviços de saúde e assistência preconizada pelo Decreto nº. 5640, de 10 de Maio de 1919 .....	87
<b>Org. 9:</b> Organização dos serviços de saúde e assistência patente no Decreto nº. 11267 (1925) .....	88
<b>Org. 10:</b> Organização dos serviços de saúde e assistência veiculada pelo Decreto nº 11336 (1925).....	89
<b>Org. 11:</b> Organização dos serviços de saúde e assistência veiculada pelo Decreto nº 11996 (1926) .....	90
<b>Org. 12:</b> Organização da <i>Direcção-Geral de Saúde</i> veiculada pelo Decreto nº 12447 (1926) .....	91
<b>Org. 13:</b> Organização dos serviços de saúde e assistência segundo o Decreto nº 13700 (1927) .....	92
<b>Org. 14:</b> Organização da <i>Direcção-Geral de Assistência</i> através do Decreto nº. 14813 (1928) .....	93
<b>Org. 15:</b> Reorganização da <i>Direcção-Geral dos Hospitais Civis de Lisboa</i> , pelo Decreto nº. 17032 (1929) .....	95
<b>Org. 16:</b> Nova orgânica do <i>Ministério do Interior</i> veiculada pelo Decreto-Lei nº 30692 (1940) .....	128
<b>Org. 17:</b> Estruturação do <i>Ministério da Saúde e Assistência</i> , segundo do Decreto-Lei nº. 42210 (1959) .....	198

<b>Org. 18:</b> Composição dos órgãos regionais e locais de saúde e assistência, de acordo com a Lei nº. 2120 (1963) .....	215
<b>Org. 19:</b> Orgânica dos <i>Serviços Médico-Sociais – Federação das Caixas de Previdência</i> , em 1955.....	326
<b>Org. 20:</b> Orgânica da <i>Direcção-Geral dos Hospitais</i> , segundo a Portaria nº. 19221 (1962).....	428
<b>Org. 21:</b> Orgânica da <i>Direcção-Geral dos Hospitais</i> , segundo o Decreto-Lei nº. 46310 (1965).....	433
<b>Org. 22:</b> Organograma do <i>Instituto de Saúde Mental</i> , segundo a Lei nº. 2118 (1963).....	514
<b>Org. 23:</b> Serviços de Saúde sob dependência do <i>Ministério da Instrução Pública</i> , em 1933.....	544
<b>Org. 24:</b> Orgânica da <i>Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar</i> , segundo o Decreto nº. 32946 (1943).....	544
<b>Org. 25:</b> Serviços de saúde dependentes do <i>Ministério da Educação Nacional</i> , em 1942.....	539

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- A.D.S.E.** – Assistência na Doença dos Servidores do Estado
- A.G.E.P.** – Arquivo do Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
- A.H.S.** – Arquivo de História Social do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
- A.H.P.** – Arquivo Histórico Parlamentar
- A.M.L.P.** – Arquivo Maria de Lourdes Pintasilgo
- A.N.D.P.** – Assistência Nacional aos Doentes Pobres
- A.N.T.** – Assistência Nacional aos Tuberculosos
- A.N.T.T.** – Arquivo Nacional Torre do Tombo
- B.C.G.** – Bacilo Calmette-Guérin
- C.A.D.C.** – Centro Académico de Democracia Cristã
- CÁRITAS** – União de Caridade Portuguesa
- D.D.T.** - Diclorodifeniltricloroetano
- D.G.A.** – Direcção-Geral de Assistência
- D.G.S.** – Direcção-Geral de Saúde
- E.U.A.** – Estados Unidos da América
- Fig.** - Figura
- G.E.S.** – Gabinete de Estudos Sociais do Partido Comunista Português
- G.N.R.** – Guarda Nacional Republicana
- Gráf.** - Gráfico
- I.A.N.T.** – Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.
- I.C.S.** – Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- I.N.E.** – Instituto Nacional de Estatística
- I.N.S.P.** – Instituto Nacional de Seguros e Previdência.
- I.N.T.P.** – Instituto Nacional do Trabalho e da Previdência.
- I.S.H.** – Instituto Superior de Higiene.
- I.P.O.** – Instituto Português de Oncologia
- I.S.C.T.E.** – Instituto Universitário de Lisboa
- I.S.S.O.P.G.** – Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral



**M.O.P.C.** – Ministério das Obras Públicas e Comunicações

**M.T.S.S.** – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

**M.U.D.** – Movimento de Unidade Democrática

**O.C.D.E.** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**O.E.C.E.** – Organização Europeia de Cooperação Económica.

**O.M.S.** – Organização Mundial de Saúde

**O.N.U.** – Organização das Nações Unidas.

**Org.** - Organograma

**P.C.P.** – Partido Comunista Português

**P.I.D.E.** – Polícia Internacional e de Defesa do Estado

**P.S.P.** – Polícia de Segurança Pública

**R.D.A.** – República Democrática Alemã

**R.F.A.** – República Federal Alemã

**RX** – Raios X

**S.N.I.** – Secretariado Nacional de Informação

**S.U.C.H.** – Serviços de Utilização Comum dos Hospitais

**Tab.** - Tabela

**U.N.I.C.E.F.** – United Nations Children’s Fund / Fundo das Nações Unidas para a Infância

**U.N.R.R.A.** - United Nations Relief and Rehabilitation Administration

**U.R.S.S.** – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

**W.H.O.** – World Health Organization – Organização Mundial da Saúde.



## INTRODUÇÃO

Para iniciarmos uma profunda reflexão sobre a saúde portuguesa durante o Estado Novo de Salazar, centrada nas suas políticas, nos seus sistemas e estruturas, torna-se necessária uma abordagem à produção historiográfica neste domínio. De facto, no nosso país, a história da saúde esteve quase sempre ligada à história da medicina. Note-se que poucas são as obras publicadas concernentes à história da saúde em Portugal. Observa-se, porém, a redacção de várias histórias da medicina, produzidas ao longo de todo o século passado. Talvez a primeira, redigida durante o século XX, seja a de Maximiano Lemos, médico e professor de medicina na Universidade do Porto, regente da cadeira de História da Medicina naquela universidade, entre 1916 e 1923<sup>1</sup>. Não poderá, contudo, passar incólume o trabalho de Augusto da Silva Carvalho, médico, professor de História da Medicina na Universidade de Lisboa, e autor de uma vasta produção bibliográfica nessa área, autor de uma *História da Medicina*<sup>2</sup>, publicada em 1929.

Da década de quarenta, registamos o contributo de Matias Ferreira de Mira, médico fisiologista da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que também teve um cargo político enquanto vereador da Câmara Municipal da capital, autor da *História da Medicina Portuguesa*<sup>3</sup>. Mário Monteiro Pereira, também médico, seria autor de uma *História da Medicina Contemporânea*<sup>4</sup>, publicada na década de cinquenta. Ainda durante a década de cinquenta, não podemos deixar de sublinhar o contributo de Luís de Pina, médico e professor catedrático na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, docente da cadeira de História da Medicina e detentor de uma carreira política, chegando a presidente da Câmara do Porto, entre 1945 e 1949. Da sua extensa produção na área da história da medicina, ressalve-se a sua *História da História da Medicina em Portugal*<sup>5</sup>, publicada em 1956, bem como o seu contributo para a história da medicina portuguesa no ultramar e para o estudo da afirmação do papel da igreja na história da medicina em Portugal.

---

<sup>1</sup> Cf. LEMOS, Maximiliano – *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*. 2ª ed., Lisboa: Dom Quixote, 1991.

<sup>2</sup> Cf. CARVALHO, Augusto da Silva – *História da Medicina*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1929.

<sup>3</sup> Cf. MIRA, Ferreira de – *História da Medicina Portuguesa*. [s.n.: s.l.], 1948.

<sup>4</sup> Cf. PEREIRA, Mário Monteiro – *História da Medicina Contemporânea*. Lisboa: Sociedade de Expansão Cultural, [1950].

<sup>5</sup> Cf. PINA, Luís de – *História da História da Medicina em Portugal*. Lisboa: [s.n., 1956.], separata de *Imprensa Médica*, 20.

Já durante o período pós 25 de Abril, sublinhamos os estudos do médico J. Andersen Leitão, nomeadamente a sua *História da Medicina em Portugal desde a Idade Média ao princípio do século XX*<sup>6</sup>, publicada em 1986. Ainda durante a década de oitenta registe-se o estudo de A. Tavares de Sousa, professor de medicina na Universidade de Coimbra, publicado pela Fundação Calouste Gulbenkian, intitulado *Curso de História da Medicina: das Origens aos Fins do Século XVI*<sup>7</sup>. Da década de noventa, temos o contributo de Vitor Leal Fernandes, médico oftalmologista, também autor de uma *História da Medicina*<sup>8</sup>. Sublinhe-se ainda, a *História da Medicina Portuguesa no Século XX*<sup>9</sup>, obra de Manuel Machado Macedo, médico e professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, enquanto a sua derradeira obra, publicada no ano da sua morte.

A par desta evolução, torna-se necessário ressaltar a importância dos estudos historiográficos, ao largo do século XX, sobre a saúde militar. Esta preocupação historiográfica esteve patente desde os finais da I Guerra Mundial, evidente, a título de exemplo, nos trabalhos do Coronel-médico Manuel Rosado Fernandes Gião, sobre o serviço de saúde militar na campanha do Roussillon e na Guerra da Restauração<sup>10</sup>. Da mesma forma, se regista a contribuição de Nicolau de Bettencourt, médico e professor catedrático da Universidade de Lisboa, com a obra datada de 1961, *Apontamentos para a História do Serviço de Saúde Militar*<sup>11</sup>. Sem sombra de dúvida, em Portugal, a preocupação historiográfica com a saúde militar foi muito anterior aos estudos sobre a saúde civil, havendo o campo da história da saúde e dos serviços de saúde se individualizado da história da medicina muito mais cedo, a este nível.

Como podemos constatar, durante décadas, a historiografia da saúde, em Portugal, esteve limitada e refém da historiografia da medicina, redigida quase exclusivamente

---

<sup>6</sup> Cf. LEITÃO, J. – *A história da medicina em Portugal desde a Idade Média ao princípio do século XX*. Lisboa: Academia das Ciências, 1986.

<sup>7</sup> Cf. SOUSA, A. Tavares de - *Curso de História da Medicina: das Origens aos Fins do Século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.

<sup>8</sup> Cf. FERNANDES, Vitor – *História da Medicina*. Porto: AEFMUP, 1990.

<sup>9</sup> Cf. MACEDO, Manuel Machado – *História da Medicina Portuguesa no século XX*. [Lisboa]: Clube do Coleccionador dos Correios, 2000.

<sup>10</sup> Cf. GIÃO, Manuel – *O Serviço de Saúde na Campanha do Roussillon: Apontamentos para a sua História*. Lisboa: Empresa Literária Fluminense, 1925; IDEM – *Notas sobre o Serviço de Saúde Militar na Guerra da Restauração: a Terapêutica Seiscentista das Feridas de Guerra*. Lisboa: [s.n.], 1940, separata do *Boletim da Direcção do Serviço de Saúde Militar*.

<sup>11</sup> Cf. BETTENCOURT, Nicolau – *Apontamentos para a História do Serviço de Saúde Militar*. Lisboa: [s.n.], 1961.

por médicos ligados a instituições de ensino universitário. É por essa razão que um dos temas mais recorrentes, tratados por estes autores, esteja ligado à história do ensino médico em Portugal, como é o caso da obra de Álvaro Colaço, publicada em 1925, *História do Ensino da Medicina Operatória em Lisboa*<sup>12</sup>, ou de Celestino da Costa, datada de 1940, *O ensino da medicina através de oito séculos de história*<sup>13</sup>. Podemos considerar que a história da saúde, em Portugal, praticamente até aos anos oitenta do século XX, esteve cativa da história da medicina, do seu ensino e das suas instituições.

A libertação da historiografia da saúde do campo da medicina foi um processo que parece ter tido início durante os anos noventa e que ainda está em evolução. Um dos grandes contributos para esta separação centrou-se no interesse de uma panóplia de profissionais de saúde pelo passado das suas profissões, o que levou à redacção de várias dissertações de mestrado e doutoramento sobre a sua evolução histórica. É o caso, a título de exemplo, da tese de mestrado de Maria Isabel Soares, sobre a história do ensino da enfermagem em Portugal<sup>14</sup>, apresentada à Universidade de Lisboa, em 1993, e da tese de mestrado de Carlos Abreu sobre a história da saúde escolar em Portugal durante o Estado Novo<sup>15</sup>, também apresentada à Universidade de Lisboa, em 1999. A década de noventa marcou pois um período em que a historiografia relativa à saúde se demarcou do discurso médico, referente à história da medicina, do seu ensino e das suas instituições, abrindo-se ao discurso de novos investigadores, novos profissionais e de novos temas, ainda embora, muitas vezes, de âmbito corporativo.

Na actualidade, é cada vez maior a individualização da história da saúde do ramo médico, observando-se uma considerável produção de estudos realizada por investigadores do ramo da história e das ciências sociais e não apenas ligados às profissões de saúde, assinalando-se um claro alargamento do seu objecto de estudo. É interessante verificar um redobrado interesse pelas práticas e políticas de saúde durante o período da I República, em muito estimulado pelas comemorações do centenário da República, em 2010, levando à publicação da colectânea de estudos intitulada *O Corpo*:

---

<sup>12</sup> Cf. COLAÇO, Álvaro – *História do Ensino da Medicina Operatória em Lisboa [...]*. [s.n.: s.l.], 1925.

<sup>13</sup> Cf. COSTA, A. Celestino da – *O ensino da medicina através dos oito séculos de história portuguesa*. [s.l.: s.n.], 1940, separata de *Imprensa Médica*, A.6.

<sup>14</sup> Cf. SOARES, Maria Isabel – *Da Blusa de Brim à Touca Branca: Contributos para a história do ensino de enfermagem em Portugal, 1880-1950*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1993. Tese de mestrado.

<sup>15</sup> Cf. ABREU, Carlos – *Limpos, sadios e dóceis: História da Saúde Escolar em Portugal no Estado Novo, 1930 a 1960*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1999. Tese de mestrado.

*Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da I República*<sup>16</sup>, coordenada por Maria Rita Garnel.

Da mesma forma, é assinalável o interesse pela história da doença patente na produção de alguns estudos centrados na história da evolução de algumas doenças específicas, como a tuberculose, a malária, a raiva ou a sífilis. Neste âmbito, observe-se a dissertação intitulada *A importância do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana na luta anti-sezonática em Portugal*<sup>17</sup>, defendida por João António Domingos Gama e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, em 2010. Também apresentado à mesma Faculdade e no decorrer do mesmo ano, observe-se o trabalho intitulado *O tratamento anti-rábico e a criação do Instituto Bacteriológico em Lisboa*, defendido por Alexandra Marques<sup>18</sup>, no sentido de concluir o mestrado em Ciências da Saúde. Ambos os estudos foram orientados por José Pedro Sousa Dias, doutorado em Farmácia, investigador dedicado há longos anos ao estudo da história das ciências farmacêuticas em Portugal, autor de várias obras essenciais sobre a temática. Observa-se, mais uma vez, um contributo para a história da saúde em Portugal fornecido por profissionais de saúde interessados pela dinâmica historiográfica, mas não a ela ligados. Registe-se, ainda, a este nível, a colectânea de artigos que compõem a obra intitulada *História da Saúde e das Doenças*<sup>19</sup>, coordenada por Carlos Guardado da Silva, publicada em 2012.

Existem, porém, contribuições, ao nível da história de algumas patologias, desenvolvidas por investigadores ligados às ciências sociais e humanas. Neste âmbito, observe-se a dissertação de mestrado intitulada *O combate à tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica. O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975)*<sup>20</sup>, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, em 2010, defendida por António Pinto Santos, no sentido de concluir o mestrado em História

---

<sup>16</sup> Cf. GARNEL, Maria Rita [coord.] – *O Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da I República*. Lisboa: C.N.C.C.R., 2010.

<sup>17</sup> Cf. GAMA, João Domingos - *A importância do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana na luta anti-sezonática em Portugal*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, 2010.

<sup>18</sup> Cf. MARQUES, Alexandra - *O tratamento anti-rábico e a criação do Instituto Bacteriológico em Lisboa*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, 2010.

<sup>19</sup> Cf. SILVA, Carlos Guardado da [coord.] – *História da Saúde e das Doenças*. Lisboa: Colibri, 2012.

<sup>20</sup> Cf. SANTOS, António Pinto - *O combate à tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica. O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975)*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 2010.

Regional e Local. Outro exemplo centra-se no trabalho de Cristiana Bastos, investigadora do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, com formação em antropologia, coordenadora e autora de alguns artigos da obra intitulada *Clínica, arte e sociedade: a sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*<sup>21</sup>, datada de 2011. Também da área da antropologia, observe-se a tese de doutoramento de Mónica Saavedra, *A malária em Portugal: histórias e memórias*<sup>22</sup>, apresentada ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, em 2010. Em 2015, note-se, ainda, a publicação de um artigo da autoria de Luís Graça, investigador da Escola Nacional de Saúde Pública, com formação em Sociologia, intitulado “História e Memória da Saúde Pública”, publicado na *Revista Portuguesa de Saúde Pública*<sup>23</sup>.

A tendência para a elaboração de estudos específicos sobre estruturas sanitárias parece manter-se, notando-se uma interessante produção a este nível. São também de evidenciar alguns estudos parcelares, relativos à organização dos cuidados de saúde em determinadas regiões do país, o que de facto constitui também um contributo para a história regional e local. É o caso, a título de exemplo, da obra de Artur Eleutério Gonçalves, intitulada *A Saúde no Concelho de Amares: Contributos para a sua História*<sup>24</sup>, publicada em 2007. Neste âmbito, não podemos deixar de fazer referência a algumas obras centradas nos hospitais das misericórdias, nomeadamente a obra intitulada *O hospital novo da Misericórdia de Viseu: assistência, poder e imagem*<sup>25</sup>, da autoria de Vera Magalhães e António Filipe, datada de 2011. No mesmo âmbito, há ainda que fazer referência ao estudo de Francisco Carrapiço e Jaime Palhinha, intitulado *A Misericórdia Velha de Portimão e o seu hospital*<sup>26</sup>, publicado em 2016. Ainda neste início de século, observam-se novos voos da historiografia portuguesa ao nível da história da saúde, iniciando o seu interesse pelo período pré-clássico, como prova a

---

<sup>21</sup> Cf. BASTOS, Cristiana - *Clínica, arte e sociedade: a sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*. Lisboa: I.C.S., 2011.

<sup>22</sup> Cf. SAAVEDRA, Mónica - *A malária em Portugal: histórias e memórias*. Lisboa: I.C.S., 2010.

<sup>23</sup> Cf. GRAÇA, Luís - História e memória da saúde pública. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33, 2015, p. 125-127.

<sup>24</sup> Cf. GONÇALVES, Artur Eleutério - *A Saúde no Concelho de Amares: Contributos para a sua História*. Amares: Município, 2007.

<sup>25</sup> Cf. MAGALHÃES, Vera; FILIPE, António - *O hospital novo da Misericórdia de Viseu: assistência, poder e imagem*. Viseu: Santa Casa da Misericórdia de Viseu, 2011.

<sup>26</sup> Cf. CARRAPIÇO, Francisco; PALHINHA, Jaime - *A Misericórdia Velha de Portimão e o seu hospital*. Lisboa: Edições Colibri, 2016.

dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, em 2008, da autoria de Paula Veiga, intitulada *Saúde e medicina no Antigo Egipto*<sup>27</sup>.

Como, de facto, observámos, neste novo início de século existe um alargamento do campo historiográfico em relação à história da saúde, não se limitando apenas à redacção da história da medicina e da evolução das corporações sanitárias. Contudo, parecem-nos, até ao momento, um pouco ténues as conexões efectuadas, pela historiografia portuguesa, entre a saúde e as políticas sociais que lhe estão inerentes. Na verdade, a história e a evolução das políticas de saúde parecem não ter sido, ainda, razoavelmente abordadas em Portugal, contextualizadas enquanto parte integrante das políticas sociais inerentes aos diversos regimes e governos patentes no Portugal contemporâneo.

Neste campo, existem dois estudos que são incontornáveis, relativos contudo à I República. O primeiro, elaborado no âmbito de uma tese de doutoramento defendida na Universidade Nova de Lisboa, por David Pereira, intitulada *As Políticas Sociais em Portugal (1910-1926)*<sup>28</sup>, aborda a evolução destas políticas nas suas várias vertentes, inclusivamente a saúde, fazendo ainda um pequeno estudo referente ao início do Estado Novo. Sobre a construção do «Estado-providência» em Portugal, não podemos deixar de referir os trabalhos de Miriam Halpern Pereira, especialista em História económica e social dos séculos XIX e XX, que tratou a origem das políticas sociais em Portugal, a saber: *Do Estado Liberal ao Estado Providência: Um Século em Portugal*<sup>29</sup>, e o artigo intitulado “As Origens do Estado-Providência em Portugal: As Novas Fronteiras entre Público e Privado” publicado na separata de *A Primeira República Portuguesa entre o Liberalismo e o Autoritarismo*<sup>30</sup>.

Sobre as políticas sociais da época contemporânea, não podemos, ainda, deixar de referir os trabalhos de Fátima Patriarca, investigadora do I.C.S., particularmente a obra

---

<sup>27</sup> Cf. VEIGA, Paula – *Saúde e medicina no antigo Egipto*. Lisboa: [s.n.], 2008. Tese de mestrado.

<sup>28</sup> Cf. PEREIRA, David – *Políticas Sociais em Portugal (1910-1926)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento.

<sup>29</sup> Cf. PEREIRA, Miriam Halpern - *Do Estado Liberal ao Estado Providência: Um Século em Portugal*. São Paulo: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2012.

<sup>30</sup> Cf. PEREIRA, Miriam Halpern - *As Origens do Estado-Providência em Portugal: As Novas Fronteiras entre Público e Privado*. Separata de *A Primeira República Portuguesa entre o Liberalismo e o Autoritarismo*, Lisboa, Edições Colibri, 1999, p. 47-76.



intitulada *A Questão Social no Salazarismo, 1930-1947*<sup>31</sup> e o artigo intitulado “Estado social: a caixa de Pandora”<sup>32</sup>. O trabalho de Pierre Guibentif, a este nível, é também digno de referência, nomeadamente alguns artigos publicados no *Dicionário de História de Portugal* e na revista *Ler História*, relacionados com a génese da previdência social portuguesa<sup>33</sup>. Neste âmbito, os estudos de Raquel Varela, investigadora do Instituto de História Contemporânea da Universidade Nova de Lisboa, têm assumido extremo interesse, como é o caso da obra recentemente publicada e intitulada *Greves e conflitos sociais no Portugal contemporâneo*<sup>34</sup>.

Sobre a construção do Estado-Providência em Portugal, temos de fazer referência ao trabalho de José Pereirinha e Daniel Carolo, um contributo da área da economia, intitulado *A Construção do Estado-Providência em Portugal: Evolução da Despesa Social de 1935 a 2003*<sup>35</sup>. Outro contributo da área económica é o trabalho de Maria Manuela Coutinho sobre políticas sociais no final do Estado Novo, intitulado *A Assistência Social em Portugal: 1965/1971 – Um período charneira*<sup>36</sup>. Ainda da área da economia, sublinhamos a obra de Henrique Medina Carreira, intitulada *As Políticas Sociais em Portugal*<sup>37</sup>. Sobre a evolução da previdência no final do Estado Novo, há que fazer referência ao artigo de Vítor Pereira, publicado na revista *Análise Social*, intitulado “Emigração e Desenvolvimento da Previdência Social em Portugal”<sup>38</sup>.

Embora não possamos negar que a saúde percepcionada enquanto política social se trata de um tema fundamental no plano da história contemporânea nota-se, contudo, uma clara lacuna da historiografia portuguesa a este nível. Talvez por se tratar ainda de uma realidade relativamente próxima, são escassos os estudos historiográficos sobre as

<sup>31</sup> Cf. PATRIARCA, F. - *A Questão Social no Salazarismo, 1930-1947*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1995, 2 vols.

<sup>32</sup> IDEM - Estado social: a caixa de Pandora. In F. Rosas e P. A. Oliveira - *A Transição Falhada*. Lisboa: Editorial Notícias, 2004, p. 171-212.

<sup>33</sup> Vide GUIBENTIF, Pierre – Génese da Previdência Social. Elementos sobre as origens da segurança social portuguesa e as suas ligações com o corporativismo. In *Ler História*, 5 (1985), p. 27-58; GUIBENTIF, Pierre – Segurança Social. In BARRETO, António, MÓNICA, Maria Filomena [org.] – *Dicionário de História de Portugal*. Vol. IX, Lisboa: Livraria Figueirinhas, 2000, p. 411-413.

<sup>34</sup> Cf. VARELA, Raquel - *Greves e conflitos sociais no Portugal contemporâneo*. Lisboa: Edições Colibri, 2012.

<sup>35</sup> Cf. PEREIRINHA, José e CAROLO, Daniel - *A Construção do Estado-Providência em Portugal: Evolução da Despesa Social de 1935 a 2003*. Lisboa: Gabinete de História Económica e Social, 2009.

<sup>36</sup> Cf. COUTINHO, Maria Manuela – *A Assistência Social em Portugal: 1965/1971: Um Período Charneira*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, 1993. Tese de Mestrado.

<sup>37</sup> Cf. CARREIRA, Henrique Medina – *As Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva, 1996.

<sup>38</sup> Cf. PEREIRA, Vítor - Emigração e Desenvolvimento da Previdência em Portugal. In *Análise Social*, vol. XLIV (192), 2009, p. 471-510.

origens e os factores que contribuíram para a emergência e a implantação do serviço nacional de saúde em Portugal, um dos garantes do estado-providência, no nosso país.

Da mesma forma, são muito pouco frequentes, neste âmbito, os estudos comparativos, na sincronia e na diacronia, entre Portugal e outros países. O precursor, nesta área dos estudos comparados, terá sido Maximiano Lemos que, em 1916, publicaria os *Estudos de História da Medicina Peninsular*<sup>39</sup>. Cerca de 70 anos depois, seria publicado um estudo comparativo entre sistemas de saúde, da autoria do professor Gonçalves Ferreira. Não podemos esquecer o importantíssimo legado deste autor, talvez o primeiro investigador português a focalizar o seu trabalho sobre os sistemas de saúde e a sua história, autor de duas obras notáveis que, em muitos aspectos, constituem verdadeiras fontes para a elaboração deste estudo. São elas: *Sistemas de Saúde e Seu Funcionamento: Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo – O Caso Particular de Portugal*<sup>40</sup> e *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*<sup>41</sup>, ambas editadas pela Fundação Calouste Gulbenkian. Note-se que esta última, é a única história da saúde editada em Portugal até à actualidade, apesar das inúmeras histórias da medicina publicadas desde o início do século XX. Estas duas obras são, até hoje, a grande referência, no nosso país, no estudo do sistema de saúde português e da sua história, focalizadas de um ponto de vista comparativo entre várias realidades internacionais. Ciente da sua importância, a Fundação Calouste Gulbenkian reeditou estas publicações em 2015, numa trilogia de volumes que abarca a mais importante produção do autor, sob o título *Obras de Gonçalves Ferreira*, com apresentação de António Correia de Campos<sup>42</sup>.

Nos últimos anos assinalou-se a publicação de dois estudos historiográficos relativos a sistemas de saúde. Como já foi referido anteriormente, um dos sistemas de saúde mais estudados em Portugal é o sistema de saúde militar, alvo do trabalho de Luís Fraga, editado em artigo em 2006, intitulado *O Serviço de Saúde Militar no Corpo*

---

<sup>39</sup> Cf. LEMOS, Maximiliano – *Estudos de História da Medicina Peninsular*. Porto: Typ. A Vapor da Enciclopedia Portuguesa, 1916.

<sup>40</sup> Cf. FERREIRA, F.A. Gonçalves – *Sistemas de Saúde e Seu Funcionamento: Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo – O Caso Particular de Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1989.

<sup>41</sup> IDEM – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

<sup>42</sup> Cf. FERREIRA, F.A. Gonçalves – *Obras Gonçalves Ferreira*. Vol I-III, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

*Expedicionário Português em França, 1916-1918*<sup>43</sup>. Por outro lado, registe-se o trabalho de Jorge Varanda, antropólogo e investigador no ramo dos estudos biomédicos, publicado em 2010 pela Universidade de Cambridge, sobre os serviços de saúde da Companhia dos Diamantes de Angola, intitulado *Crossing colonies and empires: the health services of Diamond Company of Angola*<sup>44</sup>.

Da Universidade do Porto há que sublinhar o contributo de Jorge Alves, autor de vários estudos sobre história das instituições hospitalares, nomeadamente sobre o Hospital Geral de Santo António<sup>45</sup>, o Hospital Fernando da Fonseca<sup>46</sup> e o Hospital Joaquim Urbano<sup>47</sup>, desenvolvendo também estudos sobre a saúde durante a I República e a ditadura militar. Outro contributo proveniente da Universidade do Porto é a tese de doutoramento de Marinha Carneiro intitulada *Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV a XX)*<sup>48</sup>, incontornável para a percepção da história da saúde materno-infantil durante o Estado Novo.

No âmbito da demografia histórica, salientam-se os trabalhos de João Cosme, investigador da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Registe-se a colectânea de textos por si organizada, intitulada *Demografia história: as migrações*<sup>49</sup>. Também no âmbito da demografia histórica, sublinhe-se o trabalho publicado por Maria da Graça Morais, *Causas de morte no século XX: Transição e estruturas de mortalidade em Portugal Continental*<sup>50</sup>, datado de 2002, imprescindível para uma melhor compreensão deste indicador sanitário.

Em relação à análise das políticas de saúde do Estado Novo, a produção de estudos tem sido muito limitada. Se a nível internacional se nota um redobrado interesse pelo

---

<sup>43</sup> Cf. FRAGA, Luís – O Serviço de Saúde Militar no Corpo Expedicionário Português em França, 1916-1918. [s.l.: s.n.], 2006, separata das *Actas do XVI Colóquio de História Militar*, v.2.

<sup>44</sup> Cf. VARANDA, Jorge – Crossing colonies and empires: the health services of Diamond Company of Angola. In *Crossing colonial historiographies*. Cambridge: Cambridge Schoolars, 2010, p. 165-184.

<sup>45</sup> Cf. ALVES, Jorge e CARNEIRO, Marinha – *Olhar o Corpo/ Salvar a Vida. História do Hospital Geral de Santo António e da Prática Clínica da Instituição*. Porto: Hospital Geral de Santo António, 2007.

<sup>46</sup> Cf. ALVES, Jorge – *Hospital Fernando da Fonseca: Um Hospital Público com Gestão Privada (1980-2005)*. Lisboa: Medialivros, 2006.

<sup>47</sup> IDEM – *Corpo Biológico/ Corpo Social. Hospital Joaquim Urbano, 120 Anos em Defesa da Saúde Pública*. [s.l., s.n.], 2004.

<sup>48</sup> Cf. CARNEIRO, Marinha – *Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV a XX)*. Porto: Universidade do Porto, 2003. Tese de doutoramento.

<sup>49</sup> Cf. COSME, João [org.] – *Demografia histórica: as migrações*. Lisboa: [s.n.; s.d.].

<sup>50</sup> Cf. MORAIS, Maria da Graça – *Causas de morte no século XX: Transição e estruturas de mortalidade em Portugal Continental*. Lisboa: Edições Colibri, 2002.

estudos das políticas e das práticas de saúde dos regimes ditatoriais do século XX, em Portugal tal parece não se evidenciar. Sublinhe-se, contudo, alguns estudos parcelares, como o de Rui Manuel Pinto Costa, intitulado *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974): Afirmação, Legitimação e Ordenamento Profissional*<sup>51</sup>, que constituiu tema de uma dissertação de mestrado apresentada, em 2006, à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, evidenciando o tema clássico da história de uma corporação no ramo da saúde. Ainda neste âmbito, há que fazer referência à tese de doutoramento apresentada por Ana Paula Gato à Escola Nacional de Saúde Pública, intitulada *Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: O papel da Enfermagem 1926-2002*, para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, defendida em 2013<sup>52</sup>.

Outros estudos de evidenciar, embora parcelares, são os de Irene Pimentel, intitulados *A Cada um o seu Lugar: A política feminina do Estado Novo*<sup>53</sup>, onde aborda as políticas de protecção da mulher, da criança e da família durante o regime, e o artigo intitulado “O aperfeiçoamento da raça. A eugenia na primeira metade do século XX”<sup>54</sup>, publicado na Revista *História*. Na verdade, o tema da mulher durante o Estado Novo é recorrentemente tratado por esta autora, destacando-se, ainda, as obras *Mocidade Portuguesa Feminina*<sup>55</sup> e *História das Organizações Feminina no Estado Novo*<sup>56</sup>. Ainda a salientar o artigo publicado na *Revista da Associação Portuguesa de Planeamento Familiar*, intitulado “Natalismo e política materno-infantil no Estado Novo”<sup>57</sup>. Também sobre o papel da mulher durante o Estado Novo, observe-se o estudo de Vanda Gorjão, investigadora do I.S.C.T.E., intitulado *Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo*<sup>58</sup>.

---

<sup>51</sup> Cf. COSTA, Rui Manuel Pinto – *O Poder Médico no Estado Novo 1945-1974: Afirmação, Legitimação e Ordenamento Profissional*. Porto, Universidade do Porto, 2009.

<sup>52</sup> Cf. RODRIGUES, Ana Paula Gato - *Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal. O papel da Enfermagem: 1926-2002*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, 2013.

<sup>53</sup> Cf. PIMENTEL, Irene – *A Cada um o seu Lugar: A política feminina do Estado Novo*. [s.l.], Temas e Debates, 2011.

<sup>54</sup> IDEM - O aperfeiçoamento da raça. A eugenia na primeira metade do século XX. In *História*, ano XX (nova série), nº. 3, Junho de 1998, p. 18-27.

<sup>55</sup> IDEM - *Mocidade Portuguesa Feminina*. Lisboa: Esfera dos Livros, 2008.

<sup>56</sup> IDEM - *História das Organizações Feminina do Estado Novo*. Lisboa: Temas e Debates, 2008.

<sup>57</sup> IDEM - Natalismo e política materno-infantil no Estado Novo. In *Sexualidade e Planeamento Familiar*. Lisboa: A.P.F., 34 (maio/agosto), 2002, p. 22.

<sup>58</sup> Cf. GORJÃO, Vanda – *Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2002, p. 98-99.

No plano internacional, neste início de século, têm sido editados diversos estudos historiográficos sobre as origens do Estado Social. Na Europa, temos, a título de exemplo, o caso da historiografia italiana, que se tem interessado por esta temática, ligando-a à história das ideias políticas, como prova a obra editada pela Universidade de Florença, em 2007, da autoria de Claudio de Boni, intitulada *Lo Stato Sociale nel pensiero politico contemporaneo*<sup>59</sup>. Gianni Silei, em 2004, já havia editado a interessante obra intitulada *Lo stato sociale in Italia: Dalla caduta del fascismo ad oggi (1943-2004)*<sup>60</sup>. A historiografia britânica tem também desenvolvido estudos sobre esta temática, como o recentemente publicado por Derek Fraser, *The Evolution of the British Welfare State: a History of Social Policy Since Industrial Revolution*<sup>61</sup>.

A historiografia francesa tem dado relevância à evolução das suas políticas sociais, desde a década de oitenta do século XX, testemunhando-o a publicação de várias obras sobre o assunto, como a de Jean Pierre Dumont, *La Sécurité Sociale toujours en chantier: histoire, bilan, perspectives*<sup>62</sup>. Neste âmbito há ainda que realçar a obra dirigida por André Gueslin e Pierre Guillaume, dois historiadores especializados em história económica, intitulada *De la charité médiévale à la sécurité sociale*<sup>63</sup>, onde tentam traçar a evolução da proteção social, em França, desde a época medieval até à emergência da segurança social. De Bruno Valat, publicada em 2001, há que ressaltar a *Histoire de la Sécurité Sociale (1945-1967): l'État, l'institution et la santé*<sup>64</sup>.

Interessando-se cada vez mais pela história e pela evolução das políticas sociais no seu país, os historiadores americanos têm desenvolvido estudos sobre a evolução do seu sistema de saúde, especialmente desde o início do século XXI. John Murray publicou, em 2007, a obra intitulada *Origins of American Health Insurance: History of Industrial Sickness Funds*<sup>65</sup>. Da Universidade da Pensilvânia chega-nos o contributo de Rosemary

---

<sup>59</sup> Cf. DE BONI, Claudio – *Lo Stato Sociale nel pensiero politico contemporaneo*. Firenze: Firenze University Press, 2007.

<sup>60</sup> Cf. SILEI, Gianni – *Lo stato sociale in Italia: Dalla caduta del fascismo ad oggi (1943-2004)*. [s.l.]: P. Lacaita, 2004.

<sup>61</sup> Cf. FRASER, Derek – *The Evolution of the British Welfare State: a History of Social Policy Since Industrial Revolution*. [s.l.]: Palgrave Mcmillan, 2009.

<sup>62</sup> Cf. DUMONT, Jean Pierre – *La Sécurité Sociale Toujours en Chantier: Historique, bilan, perspectives*. Paris: Les Éditions Ouvrières, 1981.

<sup>63</sup> Cf. GUESLAIN, André e GUILLAUME, Pierre [coord.] – *De la charité médiévale à la sécurité sociale*. Paris: Les Éditions Ouvrières, 1992.

<sup>64</sup> Cf. VALAT, Bruno – *Histoire de la Sécurité Sociale (1945-1967): l'État, l'institution et la santé*. Paris: Economica, 2001.

<sup>65</sup> Cf. MURRAY, John – *Origins of American Health Insurance: History of Industrial Sickness Funds*. [s.l., s.n.], 2007.

Stevens, Charles Rosenberg e Lawton Burns, autores da obra intitulada *History & Health Policy in the United States*<sup>66</sup>, publicada em 2006. Há ainda que fazer referência ao estudo, datado de 2002, intitulado *The U.S. Health System: Origins and Functions*<sup>67</sup>, que nos oferece uma perspectiva evolutiva do sistema de saúde americano. Para além de investigarem a evolução do seu próprio sistema de saúde, os historiadores americanos também se têm interessado pela evolução dos sistemas de saúde em outros países, como a Índia ou Cuba. A *PHS Commissioner Officers Foundation for the Advancement of Public Health* fez publicar, em 2009, um estudo sobre a história do serviço de saúde indiano, da autoria de James Rife<sup>68</sup>. Em 2008, Linda Witheford e Laurence Iranche tinham publicado um estudo sobre os cuidados primários de saúde em Cuba, intitulado *Primary health care in Cuba: The other revolution*<sup>69</sup>.

Nos últimos anos, a historiografia canadiana tem produzido, da mesma forma, estudos referentes à evolução do seu sistema de saúde. A obra de Benoît Gaumer, historiador da Universidade de Montreal, intitulada *Système de santé et des services sociaux du Quebec: une histoire recente et tourmentée, 1921-2006*<sup>70</sup>, publicada em 2008, é de referência nesta área. Da mesma forma, o *The Institute for Research on Public Policy (IRPP)* fez publicar a obra *Riding the third rail: the story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000*<sup>71</sup>. Cheryl Warsh, investigadora da Universidade de Vancouver, e Veronica Strong-Bog publicaram, em 2005, um interessante estudo sobre as políticas de saúde infantil no Canadá, observadas numa perspectiva histórica, intitulado *Children's Health Issues in Historic Perspective*<sup>72</sup>.

Apesar de, nos últimos anos, os estudos sobre a história dos sistemas de saúde contemporâneos conhecerem grande incremento na América do Norte, não podemos descurar a importância da historiografia britânica, nesta área. De facto, podemos mesmo

---

<sup>66</sup> Cf. STEVENS, Rosemary; ROSENBERG, Charles; BURNS, Lawton – *History & Health Policy in the United States*. [s.l.]: Rutgers, 2006.

<sup>67</sup> Cf. RAFFAEL, Marshall; RAFFAEL, Norma; BARSUKIEWICZ, Camille – *The U.S. Health System: Origins and Functions*. Albany: Delmar, 2002.

<sup>68</sup> Cf. RIFE, James – *Caring and Curing: A History of the Indian Health Service*. Virginia: PHS Commissioner Officers Foundation for the Advancement of Public Health, 2009.

<sup>69</sup> Cf. WITHEFORD, Linda e IRANCH, Laurence – *Primary health care in Cuba: The other revolution*. Maryland: Rowman & Littlefield, 2008.

<sup>70</sup> Cf. GAUMER, Benoît – *Système de santé et des services sociaux du Quebec: une histoire recente et tourmentée, 1921-2006*. Laval: Presses de l'Université Laval, 2008.

<sup>71</sup> Cf. SINCLAIR, Duncan; ROCHON, Mark; LEATT, Peggy – *Riding the third rail: the story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000*. Quebec: The Institute for Research on Public Policy (IRPP), [s.d.].

<sup>72</sup> Cf. WARSH, Cheryl e STRONG-BOG, Veronica – *Children's Health Issues in Historic Perspective*. Ontário: Wilfrid Laurier University Press, 2005.

considerá-la uma precursora, dado que os primeiros estudos históricos sobre o *National Health Service*, o sistema de saúde britânico, remontam à década de sessenta do século XX. Em 1967, A. J. Wilcocks, professor da Universidade de York, publicou *The creation of the National Health Service. A study of pressure groups and a major social policy*<sup>73</sup>, coordenado por Kathleen Jones. Neste estudo, a análise da evolução histórica, que esteve na base da criação do serviço nacional de saúde inglês, é considerada um estudo de caso, dado que se ocupava apenas de uma das peças da política social inglesa: o *National Health Service*. Em 1972, seria a própria Kathleen Jones, investigadora da Universidade de York, a editar a obra intitulada *A History of the mental health services*<sup>74</sup>, ainda hoje considerada de referência nesta área. De facto, desde a década de setenta têm-se observado vários estudos referentes à evolução do *National Health Service*. O mais recente estudo a este nível foi publicado em 2000 e é da autoria de Charles Webster, historiador da Universidade de Oxford, *The National Health Service: A Political History*<sup>75</sup>, uma obra de referência ao nível da história dos sistemas de saúde, a nível nacional e internacional.

Nos últimos anos, nota-se um grande interesse da historiografia anglo-saxónica pelas práticas e políticas de saúde do regime nazi e fascista italiano. Vários investigadores das Universidades de Cambridge e Oxford, no Reino Unido, mas também académicos ligados a estabelecimentos universitários nos Estados Unidos e no Canadá têm desenvolvido estudos que contemplam esta temática. É ainda recente a publicação da obra de Geoffrey Cocks, investigador da Universidade de Oxford, intitulada *The state of health. Illness in Nazi Germany*<sup>76</sup>. Contudo, estes estudos já remontam à década de oitenta, como comprova a publicação, em 1989, de uma obra de Paul Weindling, investigador da Universidade de Oxford, intitulada *Health, race and german politics between national unification and nazism 1870-1945*<sup>77</sup>. A historiografia canadiana também deu os seus contributos nesta área, através da obra, editada em 2012, coordenada por Francis Nicosia, investigador da Universidade de Montreal, e Jonathan

---

<sup>73</sup> Cf. WILLCOCKS, A. J. – *The creation of the National Health Service. A study of pressure groups and a major social policy*. London: Routledge and Kegan Paul, 1967.

<sup>74</sup> Cf. JONES, Kathleen – *A History of the mental health services*. London: Routledge and Kegan Paul, 1972.

<sup>75</sup> Cf. WEBSTER, Charles – *The National Health Service: A Political History*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

<sup>76</sup> Cf. COCKS, Geoffrey Campbell – *The state of health. Illness in Nazi Germany*. Oxford: Oxford University Press, 2012.

<sup>77</sup> Cf. WEINDLING, Paul – *Health, race and german politics between national unification and nazism 1870-1945*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

Huener, intitulada *Medicine and medical ethics in Nazi Germany. Origins, practices, legacies*<sup>78</sup>. Da Universidade de Michigan, sublinhe-se, a este nível, o trabalho de Elizabeth Whitaker, *Measuring Mamma's Milk. Fascism and the medicalisation of Maternity in Italy*<sup>79</sup>, sobre as políticas de maternidade da Itália de Mussolini.

Na Europa, a historiografia italiana tem desenvolvido, também, um interessante conjunto de estudos na área da história da saúde e das políticas de saúde, que já remontam à década de setenta. É o caso do estudo da autoria do Centro Italiano di Storia Ospitaliera, *Storia della sanità in Italia*<sup>80</sup>. Nos últimos anos, contudo, a produção deste tipo de obras parece ter aumentado. De referência nesta área são os trabalhos de Giorgio Cosmacini, médico e professor de história da medicina na Universidade de Milão, sobre a história da saúde em Itália, desde os tempos da peste negra até à contemporaneidade<sup>81</sup>. Silvano Franco, por seu turno, editou em 2001, a obra intitulada *Legislazione e politica sanitaria del fascismo*<sup>82</sup>. Em 2004 seria, ainda, publicada a tese de Saverio Luzzi, investigador da Universidade de Roma, *Salute e Sanità nell'Italia repubblicana*<sup>83</sup>.

A historiografia francesa, por seu turno, tem tratado nos últimos anos a história das políticas de saúde de forma diluída nos diversos estudos que têm sido publicados sobre história das políticas sociais, dos quais já fizemos referência, incidindo muitas das suas investigações sobre as estruturas corporativas e hospitalares, ao ponto de ter sido criada a *Société Française d'Histoire des Hospitaux*, em 1958. De facto, a historiografia francesa foi extremamente importante ao nível da história da saúde durante o século XX, beneficiando de contributos como o de Michel Foucault, desde os anos sessenta, que compreendeu a medicina como uma peça de poder na estratégia de controlo e dominação do indivíduo, produzindo uma alteração do pensamento no século XX, a este nível, com a sua teoria do biopoder<sup>84</sup>. Não podemos, ainda, deixar de fazer referência ao trabalho de Georges Vigarello, professor da Universidade de Paris Descartes e da *École*

---

<sup>78</sup> Cf. NICOSIA, Francis e HUENER, Jonathan [ed.] – *Medicine and medical ethics in Nazi Germany. Origins, practices, legacies*. [s.l.]: Bergham Books, 2002.

<sup>79</sup> Cf. WHITAKER, Elizabeth – *Measuring Mamma's Milk. Fascism and the medicalisation of Maternity in Italy*. Michigan: University of Michigan Press, 2000.

<sup>80</sup> Cf. CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA – *Storia della sanità in Italia*. [s.l.]: Il Pensiero Scientifico, 1978.

<sup>81</sup> Cf. COSMACINI, Giorgio – *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste negra ai giorni nostri*. [s.l.]: Laterza, 2005; COSMACINI, Giorgio – *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*. [s.l.]: Laterza, 1994.

<sup>82</sup> Cf. FRANCO, Silvano – *Legislazione e politica sanitaria del fascismo*. [s.l.]: Apes, 2001.

<sup>83</sup> Cf. LUZZI, Saverio – *Salute e Sanità nell'Italia repubblicana*. Roma: Donzelli editore, 2004.

<sup>84</sup> Cf. FOUCAULT, Michel - *História da loucura na Idade Clássica*. [São Paulo]: Perspectiva, 1978.



*des Hautes Études en Sciences Sociales*, que tem vindo a desenvolver alguns estudos sobre história da saúde, nomeadamente a *Histoire des Pratiques de Santé*<sup>85</sup>, publicada em 2015, tendo sido coordenador da *História do Corpo*<sup>86</sup>, publicada em Portugal pelo Círculo dos Leitores.

Através desta análise da bibliografia produzida, sobretudo no mundo ocidental, relativa à história dos sistemas e políticas de saúde através dos tempos, com especial incidência durante o século XX, constatamos que este tema tem interessado a historiografia contemporânea, especialmente nestes últimos anos. Se a nível internacional parece provado o interesse pela evolução histórica das políticas de saúde ao longo do século XX, a produção historiográfica portuguesa relativa às políticas de saúde, entendidas como parte integrante de uma política social global durante este período, tem sido pouco explorada. É até curioso que o período do Estado Novo, que tem suscitado grandes paixões na historiografia contemporânea, tenha sido muito pouco estudado a este nível, ao contrário da I República, que já conta com alguns estudos, embora parcelares. Estas lacunas são, pois, uma evidência que nos sugere a pertinência do estudo que nos empenhamos desenvolver.

Antes, contudo, de iniciarmos a nossa reflexão, urge esclarecer alguns conceitos chave, palavras centrais que serão operativas ao longo da investigação. A diversidade da experiência histórica sempre se plasmou em conceitos nas mais diversas línguas. Esta especificação torna-se necessária, como bem nos alertou Reinhart Koselleck, devido ao aparecimento e rápido desaparecimentos de alguns conceitos referentes ao discurso social e político. O autor indica-nos, ainda, a existência de uma alteração de significado de alguns conceitos que permaneceram, mesmo após a introdução de novas palavras, ao longo do processo histórico<sup>87</sup>. Nesse sentido, apesar de, ao longo do texto, alertarmos para os conceitos utilizados em cada momento, tentaremos esclarecer o significado de termos como “saúde”, “assistência”, “beneficência”, “previdência”, “segurança social”, “saúde pública”, “medicina social”, “socialização da medicina”, “medicina preventiva”, “medicina curativa”, “estado social”, “sistema de saúde”, “política de saúde”, “estrutura de saúde”.

---

<sup>85</sup> Cf. VIGARELLO, Georges – *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Paris: Seuil, 2015.

<sup>86</sup> Cf. VIGARELLO, Georges [coord.] – *História do Corpo*. Vol I – V, Lisboa: Círculo de Leitores, 2015.

<sup>87</sup> Cf. KOSELLECK, Reinhart – *The Practice of Conceptual History. Timing History, Spacing Concepts*. Stanford: Stanford University Press, 2002.

De facto, a **saúde** não é um conceito absoluto, variando de acordo com o tempo, a cultura e a sociedade. O conceito de saúde aqui utilizado reporta-se ao formalizado pela O.M.S., em 1946, aquando da constituição da própria organização, que designa a saúde enquanto “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”<sup>88</sup>. Esta nova visão abandonava o conceito de saúde pela negativa, percepcionada enquanto “ausência da doença”, incluindo expressamente o conceito de saúde física, corporal, mental e social. No entanto, ao longo dos anos, este conceito tem suscitado várias críticas por parte de importantes nomes da Medicina, um pouco por todo o mundo. Em Portugal, Miller Guerra perspectivou a definição da O.M.S. como idealista e com objectivos muito amplos. Na sua opinião, a primeira prioridade deveria ser a defesa dos direitos do Homem, dado que sem eles, o resto de pouco valia<sup>89</sup>.

A **assistência**, por seu turno, é definida como uma forma de solidariedade humana, que leva os indivíduos, por sua livre vontade, a auxiliarem-se mutuamente, no sentido de diminuir as desigualdades sociais. Durante séculos, a assistência foi uma forma caritativa, essencialmente privada, ligada ao cristianismo, no Ocidente. Esta tinha vindo a ser praticada por leigos e organizações cristãs, e tinha nas “Obras de Misericórdia”, criadas no século XIII, a sua primeira manifestação organizada<sup>90</sup>. Posteriormente, a assistência desenvolveu-se através das misericórdias, nascidas, entre nós, sob os auspícios da rainha D. Leonor, no século XV. Especialmente a partir do século XIX, a assistência foi passando de individual e irregular a uma forma mais colectiva e generalizada, até se tornar pública, fiscalizada e orientada pelo Estado.

Com grande ligação ao conceito de assistência, encontra-se o conceito de **caridade**, a terceira das virtudes teologais, não dissociável de outras como a piedade e a bondade. São Tomás de Aquino define-a enquanto uma virtude sobrenatural pela qual amamos a Deus e ao próximo sobre todas as coisas. Significando, assim, de uma forma mais simples, o amor ao próximo, a caridade foi extremamente valorizada pelo cristianismo, embora não seja exclusiva desta religião. Outros povos e outras religiões praticam-na há

---

<sup>88</sup> Cf. FLUSS, S.S.; GUTTERIDGE, F. – Some contributions of the World Health Organization to Legislation. In *Issues in Contemporary International Health*. New York and London: Plenum Medical Book & Co., 1990.

<sup>89</sup> Cf. SAMPAIO, Arnaldo – Evolução da política de saúde em Portugal depois da guerra de 1939-45 e suas consequências. In *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, V, 1981, p. 75-84.

<sup>90</sup> Cf. ROSENDO, Vasco – *O Mutualismo em Portugal: Dois Séculos de História e suas Origens*. [Lisboa]: Montepio Geral, 1996, p. 30.

séculos, provando que não se trata de uma virtude unicamente cristã, mas de uma qualidade da natureza humana. Também o termo **beneficência** está intrinsecamente ligado ao conceito de caridade, espelhando, contudo, uma clara ligação ao cristianismo católico. O termo parece ter surgido em 1725, pelas mãos do Abade de S. Pierre, que considerava que a caridade havia sido conspurcada e perdido o seu valor autêntico, dado que os heréticos afirmavam também praticá-la. Nesse sentido, o prelado encontrou um termo que recordava precisamente a ideia de fazer bem aos outros: *beneficência* (*bienfaisance*)<sup>91</sup>.

É ainda interessante reflectir sobre o conceito de **solidariedade**, considerada uma qualidade do que é solidário, um sentimento de ternura, de simpatia, de piedade pelos desprotegidos, pelos que sofrem que, pelo movimento solidário, se autodefendem através da associação. Solidariedade pressupõe o estabelecimento de ligações mútuas entre pessoas, o compromisso colectivo e individual com outro. Algumas políticas económicas e sociais, a acção de movimentos e instituições – mutualismo, cooperativismo, associativismo – a legislação laboral e a protecção social correspondem aquilo que se designa **modelo da solidariedade organizada**<sup>92</sup>. Alvin Toffler aplica uma concepção de solidariedade da primeira, da segunda e da terceira vagas, que se sucedem numa perspectiva histórica. A primeira vaga, a micro-solidariedade, funda-se na família, como prolongamento de uma solidariedade organizada, de origem benemerente, de nível local. A segunda vaga visa a consecução de uma solidariedade obrigatória, generalizada e fortemente estruturada, tendo como núcleo a segurança social, surgindo como prolongamento do processo de industrialização. A terceira vaga é uma espécie de síntese das duas anteriores e é um modelo a desenvolver no futuro<sup>93</sup>.

A ideia da defesa contra os riscos aos quais o Homem, ou os membros de uma determinada profissão, estão sujeitos foi surgindo há séculos. Os indivíduos interessados, mediante contribuições pessoais e regulares, criavam movimentos de solidariedade. Estes movimentos dariam origem a uma nova modalidade de auxílio – a **previdência**. Seria na Alemanha, entre 1881 e 1884, que a previdência se iniciaria em moldes estabelecidos e controlados pelo Estado, como estudaremos mais adiante. Na

---

<sup>91</sup> ROSENDO, Vasco, *op. cit.*, p. 35.

<sup>92</sup> IDEM, *ibidem*, p. 34.

<sup>93</sup> Cf. TOFFLER, Alvin – *The third wave*. New York: Bantam Books, 1981, p. 76.

verdade, a previdência abrange apenas os grupos de população para que é organizada, cobrindo situações e riscos limitados, proporcionais às contribuições que recebe<sup>94</sup>.

Em contraponto com a assistência, a previdência não dá sem contrapartidas, apenas retribui na medida em que previamente recebeu, pagando segundo tabelas, sem olhar às necessidades individuais. A relação entre o seguro e o segurado são objetivas, ao contrário da relação entre assistente e assistido, derivando exclusivamente de disposições legais e regulamentares. A personalidade do segurado também não é contemplada pela previdência, que apenas previne ou indeniza as consequências das eventualidades. Ambas parecem ser insuficientes e imperfeitas. A assistência coloca-se na dependência do querer ou das possibilidades de quem assiste, só intervindo em casos de necessidade, possuindo uma concepção passiva do assistido. Por seu turno, a previdência é rígida nos seus esquemas, não olhando a situações pessoais e criando, na colectividade, classes seguras e não seguras, quebrando o princípio da solidariedade nacional<sup>95</sup>.

Por seu turno, a **segurança social**, designa um sistema que ultrapassa os sistemas de solidariedade individual (assistência) e profissional (previdência) e implementa um sistema de solidariedade nacional, inteiramente controlado pelo Estado, aplicando-se a todos os indivíduos<sup>96</sup>. A segurança social dá aos indivíduos um direito subjectivo de exercício sempre garantido, estabelecendo a responsabilidade da nação enquanto corpo social organizado. Esta dá garantias a todos os cidadãos sem os repartir em grupos de qualquer natureza, pretendendo cobrir todos os riscos e encargos que afectam a vida individual, familiar ou colectiva dos indivíduos. Este sistema baseia-se no princípio da unidade de soluções válidas para todos os riscos, assumindo o Estado todas as responsabilidades em nome da nação, adoptando a natureza de serviço nacional, regido pelas regras de direito público<sup>97</sup>.

Todos estes conceitos têm também uma clara ligação com o conceito de **sistema de saúde**. Segundo a O.M.S., um sistema de saúde compreende “todas as actividades que

---

<sup>94</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Moderna Saúde Pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 48.

<sup>95</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Assistência, Previdência e Segurança Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 131/132, 1958, p. 125.

<sup>96</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Moderna Saúde Pública*, p. 48.

<sup>97</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – *Assistência, Previdência e Segurança Social*, p. 127.

têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde”<sup>98</sup>. Contudo, em Portugal, como afirmam Correia de Campos e Jorge Simões, utiliza-se uma definição mais restritiva do conceito, limitado ao conjunto de entidades prestadoras e financiadoras dos cuidados de saúde ou às instituições que desenvolvem actividades nesta área<sup>99</sup>. É, na verdade, esta conceptualização mais restrita que iremos utilizar ao longo deste estudo.

Segundo Gonçalves Ferreira, os modelos e orgânicas de sistemas de saúde dependem do desenvolvimento político e sociocultural das populações<sup>100</sup>. O autor agrupa os sistemas de saúde em quatro modelos: o sistema inglês ou de serviço nacional de saúde, o sistema dos países socialistas, o sistema de previdência e o sistema de medicina liberal e assistência pública.

O **sistema inglês ou de serviço nacional de saúde**, também denominado **modelo beveridgeano**, foi organizado após a II Guerra Mundial e representa a mais importante tentativa para a cobertura da totalidade da população. Este modelo é baseado numa política de saúde de carácter nacional e social, assegurando um serviço completo gratuito ou tendencialmente gratuito ao utente, onde constem cuidados de medicina preventiva, promoção e vigilância da saúde, medicina geral, todas as especialidades, cuidados dentários e oftalmológicos, cuidados de enfermagem e serviço social. O financiamento deverá ser assegurado, em mais de 80% pelo Orçamento Geral do Estado. Os médicos são remunerados pelo serviço nacional de saúde, sendo a sua formação efectuada em universidades oficiais e nos hospitais escolares. A investigação é fluente e assegurada por fundos públicos e, em restrita proporção, por subsídios particulares. Este sistema não exclui a clínica privada, embora forneça à grande maioria da população uma alternativa de prestação pública de cuidados de saúde<sup>101</sup>.

O **sistema dos países socialistas**, também denominado de **socialização da medicina**, foi organizado na U.R.S.S. após a Revolução de Outubro de 1917, havendo sido melhorado e copiado pelas democracias populares da Europa de Leste. Trata-se de um sistema inteiramente dependente do Estado, no qual a prestação de cuidados de

---

<sup>98</sup> Cf. WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneve: W.H.O., 2000, p. 121.

<sup>99</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge – *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina, 2011, p. 38.

<sup>100</sup> FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Moderna Saúde Pública*, p. 55.

<sup>101</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 57-59.

saúde preventivos e curativos são postos gratuitamente à disposição de toda a população, em igualdade de condições para todos os cidadãos. A saúde da população é considerada como qualquer outro sector da economia nacional, integrado nos planos de desenvolvimento do país. O pessoal dos serviços de saúde tem estatuto de funcionário estatal. A medicina privada, embora não proibida, é praticamente inexistente. A formação dos médicos e de outros profissionais de saúde depende do Ministério da Saúde, sendo a investigação também financiada pelo Estado<sup>102</sup>.

O **sistema de previdência**, também denominado de **modelo bismarckiano**, corresponde à prestação de cuidados de saúde a grupos de população, coincidindo a medicina liberal e o seguro de doença generalizado. Neste sistema, os cuidados de saúde preventivos e curativos estão separados, sendo os primeiros pouco desenvolvidos, embora organizados e financiados pelo Estado. Os seguros de doença obrigatórios cobrem percentagens maiores ou menores da população e estão confiados a caixas com carácter semipúblico (organismos privados sob estreita tutela do Estado). Os honorários médicos são fixados por acordo, pagando os utentes directamente ao médico, sendo posteriormente reembolsados pelas Caixas, excepto em casos de internamento hospitalar, quando as Caixas pagam directamente aos hospitais. A formação dos médicos e do restante pessoal sanitário é efectuada em estabelecimentos universitários e hospitalares oficiais, sendo a investigação pouco desenvolvida, dependente de fundos governamentais<sup>103</sup>.

Por fim, o **sistema de medicina liberal e assistência pública**, muito em voga nos E.U.A., é baseado na coexistência de um sector de prevenção, apenas na profilaxia de algumas doenças infecciosas, em parte organizado e financiado pelo Estado, e na prática da medicina liberal, caracterizada pela independência dos médicos (instalação e fixação de honorários, liberdade terapêutica...). Os doentes, conforme a capacidade financeira e posição social, escolhem entre os estabelecimentos públicos, pouco desenvolvidos, e os estabelecimentos de cuidados privados. Apenas os indigentes recebem assistência na doença por conta do Estado. A formação profissional do pessoal sanitário é efectuada sobretudo em estabelecimentos privados, sem a intervenção do Estado<sup>104</sup>.

---

<sup>102</sup> FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Moderna Saúde Pública*, p. 59-60.

<sup>103</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 61-62.

<sup>104</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 62-64.

Esclarecido o conceito de sistema de saúde, torna-se essencial no âmbito do presente estudo, a definição dos conceitos de política de saúde e de estrutura de saúde. Neste âmbito, **política de saúde** define-se como a saúde da população percebida enquanto tema das políticas públicas nacionais. Arnaldo Sampaio considerava a política de saúde refém de factores técnicos (ciência e tecnologia, profissionais, instalações,...), factores económicos e factores socio-culturais. De entre os factores socio-culturais, encontravam-se os factores políticos, constituídos pelas decisões políticas, que eram influenciadas pelos restantes agentes<sup>105</sup>. Ao longo deste estudo, teremos, pois, em conta esta miríade de factores influenciadores das políticas sanitárias. Ainda no decorrer deste trabalho, analisaremos a evolução das **estruturas de saúde**, isto é, das instituições sanitárias que compunham o sistema, num sentido lato, nomeadamente ao nível dos hospitais. Embora analisemos outras estruturas, como postos e dispensários, a nossa focalização incidirá mais atentamente sobre os hospitais, as mais importantes estruturas do sistema, percebidas como um todo. Os estudos de caso serão analisados em trabalhos posteriores.

Ainda no âmbito deste estudo, vários conceitos ligados à medicina serão utilizados e poderão suscitar algumas dúvidas. Nesse sentido, tentaremos esclarecer as definições dos conceitos de “saúde pública”, “medicina social”, “socialização da medicina”, “medicina preventiva” e “medicina curativa”. Iniciaremos o nosso périplo com o conceito de **saúde pública**. Existem várias definições de saúde pública. Na actualidade, é definida como a principal prioridade da política europeia de saúde, tendo como atribuições a “luta contra os flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas”<sup>106</sup>. Perspectivada, segundo vários autores como uma ciência ou uma arte<sup>107</sup>, os seus grandes objectivos podem ser resumidos na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico e tratamento precoce da doença e na recuperação do indivíduo.

---

<sup>105</sup> SAMPAIO, Arnaldo – *Evolução da política de saúde em Portugal depois da guerra de 1939-45 e suas consequências*, p. 81-84.

<sup>106</sup> Cf. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – *Tratado de Lisboa. Versão consolidada*. Lisboa: Assembleia da República, 2008, p. 154.

<sup>107</sup> Cf. WINSLOW, A. – *The evolution and significance of the modern public health campaign*. New Haven, [s.n.], 1923; HILLEBOE, H. – *Preventive medicine*. Philadelphia: Saunders, 1965.

Arnaldo Sampaio aponta o período posterior às descobertas de Pasteur, em pleno século XIX, com o conhecimento de que as causas de muitas doenças eram organismos vivos e de que a sua acção no Homem poderia ser bloqueada, que o conceito de saúde pública se alargou. Depressa se observou que resultados satisfatórios ao nível da salubridade do meio não se poderiam obter pelo esforço individual ou de uma família, necessitando do esforço colectivo da comunidade. A saúde pública abandonava o paradigma da saúde individual para se centrar na saúde colectiva. Num século, o conceito de saúde pública evoluiu de um conceito estrito, de saneamento do meio físico, para o conceito lato da prevenção integral da saúde do Homem<sup>108</sup>.

A prática da saúde pública foi também evoluindo ao longo do tempo e da história. Durante o século XX, foi após a I Guerra Mundial que os serviços organizados de saúde pública se desenvolveram rapidamente, fazendo os seus efeitos sentirem-se um pouco por todo o mundo, embora o grau de eficiência fosse variável entre os diversos países. Por tal, a Sociedade das Nações criava, em 1923, uma agência designada *Organização da Higiene* com o objectivo de estudar os novos problemas sanitários (saúde rural, saúde escolar, centros de saúde, seguros, promoção da saúde) e controlar as doenças contagiosas, contando com a cooperação de algumas fundações, como a Fundação Rockefeller<sup>109</sup>, em particular<sup>110</sup>.

Após a II Guerra Mundial, o movimento de saúde pública acentuou-se nos países ocidentais e generalizou-se às regiões menos desenvolvidas sob influência da pressão social e política sobre os governos, do progresso da medicina e da entrada em funcionamento da Organização Mundial da Saúde (O.M.S.), criada pela Carta das Nações Unidas, em 1946, iniciando a sua laboração em 1948. A O.M.S. funcionava como uma agência oficial de coordenação ao nível da saúde internacional, tendo como

---

<sup>108</sup> SAMPAIO, Arnaldo – Perspectivas e tendências em Saúde Pública. In CARDIA, Mário [dir.] - *O Médico*, nº. 47 (1960), p. 277.

<sup>109</sup> **Fundação Rockefeller:** instituída no período pós I Guerra Mundial, durante um surto que levou ao aparecimento de fundações filantrópicas em solo americano, em contraponto com o *deficit* ao nível da produção científica sentido na Europa do pós-guerra. Com grande empenho na área da saúde, da investigação científica e na difusão do seu modelo de saúde pública, esta Fundação alargou a sua acção a vários países do mundo, inclusivamente a Portugal. As suas intenções a este nível são, por muitos investigadores, consideradas como “um braço do imperialismo americano”, prevenindo a incursão dos modelos soviéticos e germânicos e promovendo os princípios da democracia americana. Em Portugal, a sua acção filantrópica iniciou-se em 1922, com o financiamento para a aquisição de revistas médicas internacionais direccionadas às faculdades de medicina de Lisboa e Porto. Cf. SAAVEDRA, Mónica – *A Malária em Portugal: Histórias e Memórias*. Lisboa: I.C.S., 2014, p. 170-177.

<sup>110</sup> FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Moderna Saúde Pública*, p. 16-18.



objectivo auxiliar os países membros a organizarem os seus próprios serviços de saúde e a luta contra as doenças epidémicas<sup>111</sup>.

Outro conceito passível de ser encontrado neste estudo é o de **medicina social**. Gonçalves Ferreira define-a como o estudo da doença nos seus componentes sociais e pessoais. Por vezes, a medicina social pode confundir-se com a **medicina preventiva**. Contudo, a medicina social ocupa-se com as doenças, suas causas e suas consequências sociais, no sentido de organizar os serviços de luta contra as mesmas. Por seu turno, a medicina preventiva ocupa-se da saúde e da prevenção dos riscos das doenças. Distingue-se da **medicina curativa**, porque tem em vista a protecção da saúde de toda a população, os seus actos são sistemáticos e não acidentais e constituem intervenções médicas e sociais regulares. A medicina social é a medicina da sociedade, em contraste com a medicina da clínica privada, que corresponde à medicina do indivíduo. A saúde pública aproveita a medicina social, de acordo com a orgânica e eficiência dos seus serviços. O principal objectivo da medicina social é adaptar os serviços médicos às necessidades da população. À medida que os serviços nacionais de saúde ou os serviços colectivos de saúde são organizados e que a generalidade da população começa a ter acesso aos serviços de saúde de responsabilidade estatal ou paraestatal, a medicina social e a saúde pública tendem a confundir-se<sup>112</sup>.

Convém, ainda, distinguir o conceito de medicina social do conceito de **socialização da medicina**. A socialização da medicina é o desenvolvimento de um sistema de saúde característico dos países socialistas, inteiramente dependente do Estado, como já estudámos.

Parece-nos, ainda, importante esclarecer, no âmbito deste estudo, o conceito de **Estado Social** ou **Estado Providência**. Na verdade, são várias as definições encontradas, referentes a este tema. Por tal, decidimos guiar-nos pela definição proposta pela historiadora inglesa Asa Briggs, em que o Estado Social é observado enquanto um Estado em que o poder organizado é deliberadamente utilizado no sentido de modificar as forças de mercado de forma a garantir um rendimento mínimo aos indivíduos, a

---

<sup>111</sup> FERREIRA, F. A. Gonçalves – *Moderna Saúde Pública*, p. 16-18.

<sup>112</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 31-33.

reduzir o nível de insegurança social e a assegurar que todos os cidadãos, independentemente da sua classe social, usufruam de melhores serviços sociais<sup>113</sup>.

Este conceito de Estado Social veio substituir o conceito de Estado Liberal. No Estado Liberal, entendia-se que ninguém melhor do que o indivíduo deveria saber as suas próprias necessidades e a forma de as satisfazer. Neste âmbito, o Estado possuía apenas o papel de criar as condições necessárias ao livre exercício dos direitos dos cidadãos, devendo abster-se de perturbá-lo. Contudo, este modelo de Estado mostrou a sua falência durante a primeira metade do século XX, sobretudo após a II Guerra Mundial. Reclamava-se a intervenção do Estado sobre a orgânica e o funcionamento da sociedade, numa perspectiva intervencionista e de preocupação social.

No fundo, o Estado Social é o resultado de um compromisso entre as classes trabalhadoras e os detentores do capital. Os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia enquanto proprietários dos factores de produção e a parte dos seus lucros no curto prazo, enquanto os trabalhadores renunciam às suas reivindicações mais radicais de subversão da economia capitalista. Esta dupla renúncia e esta negociação é gerida pelo Estado, Estado que transforma os recursos financeiros da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais em “capital social”, isto é, num vasto conjunto de políticas públicas e sociais. As políticas sociais são políticas públicas que decorrem dos direitos económicos e sociais dos cidadãos em geral. Traduzem-se em despesas em bens e serviços proporcionados aos cidadãos gratuitamente ou a preços subsidiados: educação, saúde, serviços sociais, habitação, transportes urbanos, actividades culturais... Outras políticas sociais envolvem transferências de pagamentos financiados por contribuições dos trabalhadores ou impostos no âmbito da segurança social: abono de família, subsídio de desemprego, pensões...<sup>114</sup>.

Expostos e descritos que foram os principais conceitos utilizados neste estudo, cabe-nos passar a desenvolver uma análise metodológica e estrutural do mesmo. Quando iniciámos a pesquisa para a redacção deste estudo, debatemo-nos com um problema metodológico. Esse problema centrava-se na escassez de uma memória centrada na evolução sanitária portuguesa durante o século XX. A opinião pública é consensual no facto de que a implementação do Serviço Nacional de Saúde português,

---

<sup>113</sup> Cf. BRIGGS, Asa – *História Social de Inglaterra*. Lisboa: Editorial Presença, 1983, p. 45.

<sup>114</sup> Cf. SANTOS, Boaventura Sousa – O Estado, a sociedade e as políticas sociais. O caso das políticas de saúde. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23 (setembro 1987), p. 13.

em 1979, foi um momento de ruptura com a realidade que se vivia até então. Contudo, que realidade era essa? Esta terá sido a primeira questão que norteou este estudo. Na verdade, os estudos existentes, como já observámos, que contemplam o período histórico do Estado Novo, ao nível sanitário, são escassos e os que existem são, na sua maioria, centrados na evolução corporativa das diferentes profissões relacionadas com a saúde.

Na verdade, existem alguns estudos concernentes à evolução sanitária e à protecção social durante o período da I República, estimulados essencialmente pelas comemorações do primeiro centenário da implementação do novo regime. Porém, no que é relativo ao Estado Novo, poucos são os estudos que nos podem transparecer uma visão abrangente e global do sistema sanitário nacional. Nesse sentido, decidimos desenvolver uma investigação que pudesse ser um retrato do sistema de saúde, centrada essencialmente durante a governação de Salazar, e focada nas suas políticas, na diversidade de sistemas que o compunham e nas estruturas mais importantes. Apenas por uma questão de limitação de tempo e de concisão, não foi possível a integração, neste estudo, da evolução do sistema de saúde português durante a governação de Marcello Caetano, que pretendemos analisar posteriormente.

Passando a presente dissertação a analisar o sistema de saúde português durante o Estado Novo de Salazar, fomentou-se a análise da evolução orgânica e estrutural do sector, da evolução política, das influências internacionais, das forças de bloqueio. Os hospitais são um foco importante deste estudo, tendo em conta que, desde cedo, durante o Estado Novo, o sistema se tornou claramente hospitalocêntrico. Da mesma forma, estudamos a evolução das restantes estruturas sanitárias, e da luta específica contra certas doenças, nomeadamente as doenças infecciosas, um dos maiores problemas de saúde pública durante o período em estudo. Na verdade, os indicadores de saúde constituem a melhor maneira de aferir os resultados produzidos por qualquer sistema sanitário. Não deixámos, da mesma forma, de salientar a evolução de algumas profissões sanitárias, não esquecendo que as pessoas são um dos recursos mais valiosos de todos os sistemas.

Da mesma forma, existiu um cuidado em contextualizar políticas, procedimentos, estruturas e dados estatísticos com os registados noutros países europeus e ocidentais, de acordo com os dados passíveis de ser obtidos. Tal contextualização

impunha-se, sendo fulcral para um melhor entendimento da organização de todo o sistema, perspectivado numa conjuntura nacional e internacional específica.

Do ponto de vista cronológico, este estudo abarca um período de 35 anos, entre 1933 e 1968, correspondentes à acção de Salazar enquanto presidente do Conselho de Ministros. O ano de 1933 foi escolhido como data inicial de implementação do Estado Novo, legitimado pela sua Constituição. O ano de 1968 foi marcado pelo afastamento de Salazar, vitimado por um traumatismo craniano, que o alienaria de vez da cena política nacional. Observe-se, contudo, que no tratamento dos dados estatísticos constantes neste trabalho, por uma questão de concisão, privilegiámos essencialmente uma amostragem dos anos ímpares constantes durante o período citado. Do ponto de vista espacial, este estudo refere-se ao território continental português, deixando de lado os territórios ultramarinos e as regiões autónomas. Da mesma forma, observamos a evolução dos serviços de saúde civis, não incidindo a nossa pesquisa nos serviços de saúde militar.

Para a realização deste estudo, foram analisadas, de acordo com as metodologias heurísticas e hermenêuticas decorrentes do ofício de historiador, várias fontes de informação. Contudo, e porque analisamos políticas públicas, colocámos maior ênfase nas fontes legislativas e estatísticas, que, em nosso entender, são o espelho, por excelência, das intenções e da ideologia do regime. Neste âmbito, as principais fontes legislativas utilizadas foram os Diários do Governo, as Constituições Políticas, os Pareceres da Câmara Corporativa, os Diários das Sessões da Assembleia Nacional, os Orçamentos Gerais do Estado e os Planos de Fomento com estreita ligação ao sector sanitário, especialmente o *Plano Intercalar de Fomento para 1965/1967* e o *III Plano de Fomento para 1968/1973*. Toda esta documentação consta no *Arquivo Histórico da Assembleia da República*.

Por seu turno, a informação estatística é também reveladora da evolução das políticas e do resultado das opções tomadas ao longo dos anos. Nesse sentido, o *Anuário Estatístico de Portugal*, nas suas secções ligadas à saúde e à assistência, bem como as *Estatísticas da Organização Corporativa*, foram extremamente úteis no delinear deste estudo. Esta documentação encontra-se costudiada pelo *Arquivo Histórico do Instituto Nacional de Estatística*. Ainda ao nível de estudos epidemiológicos, os dados compilados por Maria da Graça Morais, reunidos na obra

intitulada *Causas de Morte no Século XX: Transição e Estruturas da Mortalidade em Portugal Continental* foram também de grande utilidade para a investigação. A nível estatístico, não podemos, ainda, deixar de fazer referência à valiosa contribuição do *Boletim de Informação dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*, essencial para um melhor conhecimento do sector.

Para, contudo, observar-se um termo comparativo, a vários níveis, com outros países europeus, do ponto de vista estatístico, recorreremos ao estudo comparativo das estatísticas sanitárias europeias, entre 1750 e 1970, com dados compilados por B.R. Mitchel e publicados pela Macmillan Press. Ainda ao nível internacional, foram passíveis de recurso os dados veiculados pelo *Arquivo Histórico da O.C.D.E.*, embora apenas disponíveis a partir dos anos sessenta. Os dados estatísticos foram inseridos em folhas de cálculo *Excell*, analisados e comparados, dando origem a vários gráficos e tabelas que poderão ser encontrados ao longo do texto.

Outro grande recurso deste estudo seria o conjunto documental patente no *Fundo Oliveira Salazar*, acessível no *Arquivo Nacional Torre do Tombo*, parte dele inédito, relativo à evolução dos serviços sanitários em Portugal. Tratam-se de vários conjuntos epistolários, documentação fragmentada, essencialmente manuscrita, espalhada por várias secções e subsecções, nomeadamente relativos à correspondência oficial do *Ministério do Interior*, do presidente do Conselho, do *Ministério das Corporações*, do *Ministério da Educação* e do *Ministério das Finanças*. Note-se que, ainda, no *Arquivo Nacional Torre do Tombo*, foi encontrada documentação relativa ao tema no *Fundo do Ministério do Interior*.

Se a documentação patente no *Fundo Oliveira Salazar* foi extremamente importante no delinear deste estudo, não podemos, contudo, deixar de fazer referência a alguma documentação dispersa encontrada no *Fundo Pinto Quartim*, acessível no *Arquivo de História Social* do Instituto de Ciências Sociais, que consultámos e considerámos pertinente para a inclusão nesta dissertação. Da mesma forma, temos de fazer referência a alguma documentação pessoal de Maria de Lourdes Pintasilgo, costudiada pelo *Arquivo da Fundação Cuidar O Futuro*, da qual também nos servimos.

No âmbito deste estudo, não podemos, ainda, deixar de fazer referência a uma fonte de informação extremamente importante. O *Boletim da Assistência Social* foi,

desde cedo, um dos mais importantes órgãos de propaganda do regime, em matéria de saúde e assistência. Nesse sentido, o estudo e o recurso a esta publicação mostrou-se de extrema importância, por considerarmos ser aquela que melhor traduz a evolução política e ideológica do regime. Note-se, contudo, que a partir de 1966, este boletim passou a ser intitulado *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, mantendo, contudo, a mesma orgânica e atribuições.

Se o *Boletim da Assistência Social* foi a publicação periódica mais importante, não podemos, ainda, deixar de fazer referência a outras publicações desta natureza, das quais nos servimos, como o *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*, a revista *Hospitais Portugueses* (importante publicação coordenada por Coriolano Ferreira), ou até os jornais ligados à P.C.P., como o *Avante*, *O Militante* ou *O Têxtil*, extremamente profícuos em artigos críticos ao sistema sanitário do Estado Novo.

Por fim, entre o vasto conjunto de fontes utilizadas para o delinear deste estudo, não podemos ainda deixar de salientar o recurso às actas dos congressos da *União Nacional*, importantes essencialmente no perscrutar da ideologia do regime, das personalidades a ele ligadas e dos grandes objectivos políticos nas mais variadas áreas, inclusivamente ao nível da saúde, assistência e previdência. Neste âmbito, e mais ainda, na tentativa de compreensão das relações entre o Estado e as misericórdias, foi determinante a análise das actas do IV Congresso das Misericórdias, que decorreu durante o período em estudo.

A nível estrutural, esta dissertação é composta por duas partes. Na primeira parte, tentamos dissecar a evolução política, ideológica e orgânica dos sistemas de saúde, assistência e previdência, apontando as forças e as fragilidades dos sectores, identificando vozes críticas, grupos de pressão e influências nacionais e internacionais. Na segunda parte, apontaremos a nossa investigação para as estruturas sanitárias, com grande incidência no sector hospitalar, extremamente importante ao nível das políticas públicas, não esquecendo outras importantes estruturas como os dispensários e os postos médicos e medicamentosos. Observamos, ainda, a evolução da assistência estatal, no âmbito da medicina preventiva e curativa, a várias doenças infecciosas que grassavam no nosso país, verdadeiros problemas de saúde pública, nomeadamente a tuberculose, a lepra, a malária e as doenças venéreas. Analisamos, ainda, com

pormenor, a evolução da assistência materno-infantil em Portugal, sector preponderante em qualquer sistema de saúde, cujos resultados espelham a qualidade do mesmo.

O primeiro capítulo da Parte I consiste numa breve contextualização acerca das políticas e da evolução orgânica da saúde, da assistência e da previdência durante o período que medeou o final da Monarquia Constitucional e a I República, até à implementação da Ditadura Militar e da ascensão de Salazar no seio do regime. Para melhor podermos avaliar os resultados destas políticas, e traçar o seu processo evolutivo, propusémo-nos analisar dados referentes à evolução da taxa de mortalidade geral e à taxa de mortalidade infantil em Portugal, comparando-os com vários países europeus, dois indicadores sanitários fulcrais para a compreensão do estado da saúde de qualquer nação.

O segundo capítulo centra-se na evolução política, orgânica e ideológica da saúde e da assistência no seio de regime, durante o período cronológico em estudo. De facto, podemos observar a evolução orgânica do sector, através de duas pequenas direcções-gerais dependentes do *Ministério do Interior*, não referenciando os serviços dispersos por outros ministérios, que passariam a ser agregadas num subsecretariado e, por fim, passariam a integrar um novo ministério, o *Ministério da Saúde e Assistência*. Neste âmbito, apontaremos as influências nacionais e internacionais destes contextos políticos, a evolução da representatividade do sector na *Câmara Corporativa*, apontando as vozes críticas e os grupos de pressão que se levantariam a este nível. Não deixamos, ainda, de apresentar o financiamento geral do sector.

O terceiro capítulo é relativo à evolução dos serviços de saúde da previdência, examinando a sua difícil coordenação com os serviços de assistência. O desenvolvimento da despesa destes serviços com saúde e assistência é, também, um dos pontos de análise deste estudo, de acordo com o tipo de sector previdencial. Por fim, apontaremos as críticas veiculadas pelo jornal *Avante*, ao sistema previdencial português durante o período em estudo. Este jornal, órgão propagandístico da oposição comunista ao regime, registou um considerável conjunto de críticas ao sector, que considerámos pertinentes para a inclusão neste estudo.

Debrucemo-nos, agora, sobre a segunda parte do estudo. O primeiro capítulo é dedicado, por excelência, à evolução das estruturas sanitárias do sistema, com especial incidência no sector hospitalar, onde podemos observar uma evolução orgânica do

mesmo. É, ainda, analisada a evolução dos cuidados de saúde hospitalares, da despesa hospitalar e da importância das misericórdias neste sector. O âmbito da saúde escolar é também abordado, bem como os serviços hospitalares dependentes do *Ministério da Instrução Pública / Ministério da Educação Nacional*. Contudo, ainda no âmbito deste capítulo, outras estruturas sanitárias serão analisadas, nomeadamente estruturas locais de saúde e assistência, centros de saúde, postos de medicamentos, entre outras.

O segundo capítulo é centrado na evolução de alguns indicadores sanitários. A este nível, não podemos deixar de abordar a evolução da assistência materno-infantil, como um indicador *major* dos resultados de qualquer sistema sanitário. Nesse sentido, abordaremos a evolução ideológica e política do sector e das estruturas sanitárias a ele ligadas como as maternidades, os lactários e os dispensários. A análise da evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal é preponderante, nomeadamente quando comparada, na sincronia e na diacronia, com a dos seus congéneres europeus. Traçamos, ainda, a evolução do financiamento estatal do sector, no sentido de compreendermos a sua importância no seio das políticas sanitárias do regime. Dado que este capítulo é reservado aos mais importantes indicadores sanitários, não podemos, ainda, de deixar de fazer referência à evolução da taxa de mortalidade geral em Portugal, comparando-a, mais uma vez, com os restantes países europeus.

O terceiro capítulo prende-se com a evolução da protecção no combate às doenças infecciosas, um dos maiores problemas de saúde pública do país durante o Estado Novo. Acreditando que o combate à doença era a forma mais eficaz de investimento sanitário, o Estado Novo consideraria que a medicina preventiva deveria estar sob a sua responsabilidade. Nesse sentido, analisamos a políticas públicas preventivas, nomeadamente ao nível da vacinação contra doenças como a varíola, o tétano, a difteria, a febre tifóide, a tosse convulsa, a poliomielite e a raiva. Neste capítulo, analisamos, ainda, com mais especificidade, as políticas públicas no que era referente à luta contra a tuberculose, a malária, a lepra e as doenças venéreas.

Para terminar, no capítulo quarto, lembramos que, como em qualquer sistema, o mais importante são as pessoas. Contudo, como o conjunto de recursos humanos essenciais para a movimentação de um sistema sanitário é vasto, focamo-nos essencialmente na evolução dos profissionais de enfermagem e de farmácia, dado que a



evolução do sector médico já foi abordada na primeira parte, analisado enquanto grupo de pressão.

Neste epílogo, resta-nos esperar que este estudo consiga atingir os objectivos delinados, especialmente o de proporcionar uma visão historiográfica abrangente acerca do sistema de saúde vigente em Portugal, durante o período do Estado Novo, sob a governação de Salazar.



## **PARTE I**

### **EVOLUÇÃO IDEOLÓGICA, POLÍTICA E ORGÂNICA**



## **CAPÍTULO 1**

### **DA MONARQUIA CONSTITUCIONAL AO LIMAR DO ESTADO NOVO**



Durante o século XIX, do ponto de vista económico, Portugal era um país frágil, com uma economia baseada essencialmente no sector primário, apresentando um desenvolvimento industrial incipiente. Contudo, a partir de 1890, nota-se um crescimento das actividades ligadas ao sector do comércio e da indústria, concomitante com um aumento da população, sobretudo nos grandes centros urbanos, uma população essencialmente operária<sup>115</sup>. A revolução industrial demonstrava, contudo, que um número vasto de trabalhadores era vítima de acidentes de trabalho, originando um grande número de perdas humanas e laborais, bem como um variado leque de prejuízos para as fábricas.

Em termos de protecção social, o Estado não garantia qualquer tipo de obrigações, com algumas excepções. Empresas como os *Caminhos de Ferro do Estado* ou a *Companhia União Fabril* concediam pensões de sobrevivência e subsídios de funeral e de doença aos seus funcionários<sup>116</sup>. Na função pública, existia uma *Caixa de Aposentações*, que recolhia 5% dos salários dos colaboradores para a concessão de futuras pensões de reformas. Não obstante a ausência do Estado nesta matéria, alguns patrões erguiam, nas suas fábricas, instituições de previdência (caixas de socorros, montepios, caixas de reforma...), bem como algumas estruturas de apoio, como era o caso dos postos médicos, dos dispensários e das farmácias<sup>117</sup>.

Devido a esta total ausência do Estado, estas medidas de protecção social foram-se desenvolvendo autonomamente. Em 1859, pela primeira vez, a previdência social passava a ser tutelada por um ministério: o *Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria*<sup>118</sup>. Tal ocorreria durante o governo do Duque da Terceira, sendo o ministro responsável, António de Serpa Pimentel. Extremamente importantes durante este período foram as associações de socorros mútuos, cujo regime seria definido pelo

---

<sup>115</sup> Cf. COSTA, Leonor Freire [et al] – *História Económica de Portugal (1143-2010)*. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011, p. 314-15.

<sup>116</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 94.

<sup>117</sup> IDEM, *ibidem*, p. 94.

<sup>118</sup> Cf. DECRETO de 5 Outubro de 1859. *Collecção Official de Legislação Portuguesa: Ano 1859*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1860, p. 647 – 662.

Decreto de 28 de Fevereiro de 1891<sup>119</sup>. Estas associações constituíam instituições de previdência livre, espontaneamente organizadas, com capital determinado, duração indefinida e número ilimitado de sócios<sup>120</sup>.

Logo no início do século XX, em 1901, foi aprovado o regulamento geral das *Caixas de Aposentações e Socorros dos Caminhos de Ferro do Estado*, legislação da autoria do ministro das Obras Públicas, Manuel Francisco de Vargas, que, ao nível da saúde, para além dos subsídios de doença concedidos, previa a prestação de assistência medicamentosa, ficando ao seu encargo as despesas hospitalares dos funcionários vítimas de acidentes de serviço<sup>121</sup>.

No final da Monarquia Constitucional, durante o governo de João Franco, seria legislado o Decreto de 29 de Agosto de 1907, que criava uma *Caixa de Aposentações para as Classes Operárias e Trabalhadoras*. Nela podiam inscrever-se todos os portugueses de ambos os sexos, entre os 15 e os 50 anos, trabalhadores mediante remuneração e sem direito a outra aposentação superior a 15 reis mensais<sup>122</sup>. Contudo, esta legislação nunca seria posta em prática. Como podemos verificar, os trabalhadores possuíam, durante este período, um regime extremamente precário no plano da previdência social, observando-se uma clara ausência do Estado, com algumas excepções, como era o sector ferroviário. Os operários ficavam, pois, à mercê da boa vontade dos seus patrões. Na fase final da Monarquia Constitucional, o apoio social e na

---

<sup>119</sup> Cf. DECRETO de 28 de Fevereiro de 1891. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1891*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1862, p. 78-84. Segundo esta legislação, as associações de socorros mútuos eram sociedades de capital indeterminado, com individualidade jurídica, de duração indefinida e de número ilimitado de membros, instituídas com o fim de serem prestados auxílios mútuos entre os sócios para socorro dos associados doentes ou impossibilitados de trabalhar (e fazer o funeral aos que falecerem), estabelecer pensões para os que ficassem impossibilitados de trabalhar, conceder pensões aos herdeiros dos sócios falecidos, entre outros.

<sup>120</sup> Cf. ROSENDO, Vasco, *op. cit.*, p. 266. Segundo este autor, a primeira associação de cariz verdadeiramente mutualista foi a Sociedade dos Artistas Lisbonenses, fundada em 1838. Entre 1851 e 1870, registou-se a consolidação e uma expansão deste movimento, havendo sido criadas mais de três centenas de associações de socorros mútuos. Durante os últimos anos do século XX, estas associações estabilizaram e sentiram alguns progressos estruturais.

<sup>121</sup> Cf. DECRETO de 31 Janeiro de 1901. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa: Ano 1901*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1902, p. 18-25. A Caixa de Aposentações e Socorros dos Caminhos de Ferro do Estado destinava-se a auxiliar os empregados e operários especialmente durante a doença, outorgando pensões de reforma por incapacidade permanente, ensino primário e industrial dispensado em escolas instituídas e subsidiadas pela Caixa, bibliotecas, aluguer de casas de habitação baratas e higiénicas, fornecimento de géneros de consumo, adiantamento de dinheiro a juro módico, subsídios durante as baixas por doença, subsídios de funeral e promoção da entrada, como pensionistas, dos filhos menores dos funcionários falecidos em estabelecimentos educacionais.

<sup>122</sup> Cf. DECRETO de 29 de Agosto de 1907. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa: Ano 1907*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908, p. 771-772.



doença aos trabalhadores era mínimo, possuindo grande importância o movimento mutualista<sup>123</sup>.

Sendo escasso o apoio social aos trabalhadores, falhando a previdência, tornava-se necessário recorrer à assistência. O papel do Estado, com maior ou menor fôlego, foi, ao longo dos séculos, uma presença constante em matéria de assistência. Se observarmos a *Constituição Liberal de 1822*, notamos que nela não existe qualquer referência à necessidade de assistência enquanto direito individual de cada cidadão. Apenas faz referência à actividade caritativa do Estado quando, no seu artigo 240º adverte que “as Cortes e o Governo terão particular cuidado na fundação, conservação, e aumento de casas de misericórdia e de hospitais civis e militares, especialmente daqueles que são destinados para os soldados e marinheiros inválidos; e bem assim rodas de expostos, montes pios, civilização dos Índios, e de quaisquer outros estabelecimentos de caridade”<sup>124</sup>. O mesmo acontece na *Carta Constitucional*, de 1826. Contudo, nesta última, existe uma referência, elucidando que “a Constituição também garante os socorros públicos”<sup>125</sup>, patente no seu artigo 145º, artigo 29º. No âmbito das Cortes Constituintes de 1821, tinha sido criada uma Comissão de Saúde Pública, presidida pelo médico e professor Soares Franco que apresentou um projecto de regulamento geral de Saúde Pública. Com o colapso do Liberalismo e o regresso do Absolutismo e da experiência de uma guerra civil, esta problemática sanitária foi esquecida<sup>126</sup>.

Na verdade, durante toda a época moderna e o início da época contemporânea, a acção do Estado, ao nível da assistência, confundiu-se com a acção da Igreja, das misericórdias, de outras irmandades e confrarias, de associações mutualistas de trabalhadores... A assistência era essencialmente canalizada para os mais pobres, incapazes de sustentar as mais básicas condições de sobrevivência. Os governos liberais começaram a fixar, contudo, no seu orçamento, verbas canalizadas para os serviços de beneficência e saúde. Em 1835, depois da guerra civil, foi criado, na cidade de Lisboa, o *Conselho Geral da Beneficência*, uma iniciativa do governo do Duque de Palmela, por

---

<sup>123</sup> PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 112.

<sup>124</sup> Cf. PORTUGAL; ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – *Constituições Portuguesas*. Lisboa: Assembleia da República, 1992, p. 235.

<sup>125</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 396.

<sup>126</sup> Cf. ALVES, Jorge Fernando; CARNEIRO, Marinha - A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da Monarquia à Ditadura Militar). In FERREIRA, Fátima [et al.; coord.] – *Justiça na Res Publica, sécs. XIX-XX*. Braga: CITCEM, 2011, p. 33-50.

sugestão do Bispo de Coimbra, D. Frei Francisco de São Luís Saraiva<sup>127</sup>. Esta legislação levaria à criação dos asilos de mendicidade de Lisboa e Porto, em 1836 e 1838, respectivamente.

Em 1837, com a chegada dos setembristas ao poder, Passos Manuel, Secretário de Estado dos Negócios do Reino, criou o *Conselho de Saúde Pública*, cuja finalidade era inspeccionar todas as instituições e práticas do ramo da saúde: educação física, prática de medicina, cirurgia e farmácia, e polícia médica<sup>128</sup>. Do Conselho dependeria uma rede de delegados, instituídos nos distritos, de subdelegados, estabelecidos nos municípios, e de regedores, estantes nas paróquias. Note-se que, na Constituição de 1838, mantinha-se a premissa de garantia dos “socorros públicos”, no seu artigo 28º, na sequência da Constituição de 1826<sup>129</sup>. Note-se, ainda, durante este período, a importância das Leis de Saúde, de 1844 e 1845, emanadas durante o período cabralista, que obrigavam à criação de cemitérios e a proibição dos enterros nas igrejas, móbil para os motins conhecidos por Revolta de Maria da Fonte. Provavelmente, terá sido esta a primeira vez que o Governo terá percebido que o problema sanitário poderia levantar graves problemas ao poder político<sup>130</sup>.

As medidas defendidas por Passos Manuel seriam aplicadas durante 30 anos, substituídas pelo decreto de António Alves Martins, Bispo de Viseu, Ministro do Reino, datado de 3 de Dezembro de 1868<sup>131</sup>. Segundo esse decreto, publicado durante o governo do Marquês de Sá da Bandeira, seria extinto o *Conselho de Saúde Pública do Reino*, cujas funções passavam a ser executadas pela *Secretaria de Estado de Negócios do Reino*. Da mesma forma, seria criada naquela secretaria uma *Junta Consultiva de Saúde Pública*.

---

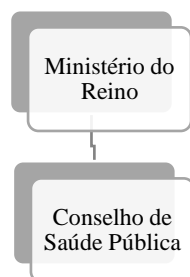
<sup>127</sup> Cf. DECRETO de 6 de Abril de 1835. *Colecção de Leis e Outros Documentos Officiaes Publicados: Desde 15 de Agosto de 1834 até 31 de Dezembro de 1835*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1937, p. 1835.

<sup>128</sup> Cf. DECRETO de 3 Janeiro 1837. *Colecção de Leis e Outros Documentos Officiaes Publicados no 1º Semestre de 1837, Livro 1837*, p. 28.

<sup>129</sup> PORTUGAL: ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - *Constituições Portuguesas*, p. 478.

<sup>130</sup> Cf. ALVES, Jorge Fernando; CARNEIRO, Marinha - *A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da Monarquia à Ditadura Militar)*, p. 39.

<sup>131</sup> Cf. DECRETO de 3 Dezembro 1868. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1868*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1869, p. 1867.



**Org.1:** Organização dos serviços de saúde, segundo o Decreto de 3 de Janeiro de 1837.



**Org.2:** Organização dos serviços de saúde, segundo o Decreto de 3 de Dezembro de 1868.

O Decreto de 26 de Novembro de 1851 reestruturou a beneficência pública. O *Hospital de São José*, que era tutelado pela *Misericórdia de Lisboa* passaria à tutela pública, como já havia sucedido com os *Hospitais da Universidade de Coimbra*<sup>132</sup>. Segundo Maria de Lourdes Neto, em 1868, as políticas de assistência pública ficaram a cargo da Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, para além do já existente *Conselho Superior de Beneficência Pública*<sup>133</sup>.

Relativamente ao caso português, em 1895, sob o governo de Hintze Ribeiro, observou-se uma clara política de redução das despesas do Estado com os serviços públicos de saúde. Nesse contexto, nesse mesmo ano, seria encerrado o *Lazareto do Funchal*, reduzidos para metade os ordenados dos guardas-mores das estações de saúde

<sup>132</sup> Cf. DECRETO de 26 de Novembro de 1851. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1851*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1852, p. 440-444.

<sup>133</sup> Cf. NETO, Maria de Lourdes - Assistência Pública. In SERRÃO, Joel [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*. Porto: Livraria Figueirinhas, 1992. vol.1, p. 235.

e extintas as delegações de saúde distritais<sup>134</sup>. De facto, a preocupação com o financiamento dos serviços públicos de saúde remonta ao ano de 1892, durante o qual entrou em vigência o Decreto de 6 de Agosto, que obrigava todas as câmaras municipais portuguesas a contribuírem para o pagamento das despesas dos doentes dos municípios que afluíssem ao *Hospital Real de São José e Anexos*.

Quatro anos depois, em 1899, durante o governo de José Luciano de Castro, era publicado o célebre decreto de 28 de Dezembro, atribuído a Ricardo Jorge<sup>135</sup>. Este diploma tinha como objectivo organizar a defesa sanitária do país. Em 1899 seria, pois, criada a *Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública*, sob tutela do *Ministério dos Negócios do Reino*<sup>136</sup>. Da mesma forma, seria criado o *Conselho de Superior de Saúde e Higiene Pública*, organismo com uma função consultiva. Neste âmbito, a saúde era observada enquanto um bem do interesse público e privado, sendo o documento inspirado no modelo inglês, segundo o qual a saúde pública constituía, de direito e de facto, uma obrigação do Estado.

Considerada uma despesa improdutiva, a saúde pública constituía, segundo os próprios legisladores, um serviço pobremente dotado e relativamente descuidado<sup>137</sup>. Contudo, não desmerecendo as inovações então implementadas (como o reconhecimento da saúde pública enquanto uma obrigação do Estado, como já foi referido), esta reforma não foi mais do que um aproveitamento daquilo que já existia, um improdutivo e desagregado conjunto de serviços de saúde, por não existirem fundos suficientes para uma remodelação mais abrangente<sup>138</sup>. De facto, esta reorganização pareceu surgir no rescaldo do *Congresso Internacional de Assistência Pública*, realizado em Paris, em 1899. Entre as decisões e os princípios defendidos nesta conferência, destacava-se aquele que dizia competir às entidades públicas auxiliar os indivíduos sem recursos, que não podiam trabalhar<sup>139</sup>. Parece, pois, que estas novas ideias tiveram alguma repercussão em Portugal. Outra das influências, contudo, que se

---

<sup>134</sup> Cf. DECRETO de 10 Janeiro de 1895. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1895*, nº. 4. Lisboa: Imprensa Nacional, 1896, p. 10-11.

<sup>135</sup> Cf. DECRETO de 28 de Dezembro de 1899. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 1013-1016.

<sup>136</sup> Cf. DECRETO de 4 de Outubro de 1899. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 485-486.

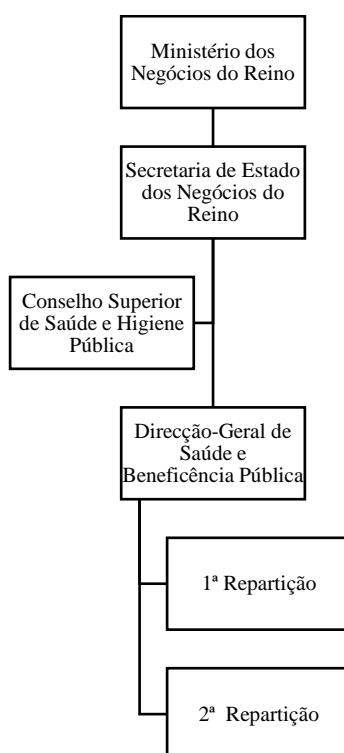
<sup>137</sup> Cf. DECRETO de 28 Dezembro 1899, p. 982-984.

<sup>138</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 476.

<sup>139</sup> Cf. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO – *Memória sobre a Misericórdia do Porto Apresentada ao Congresso Internacional de Assistência Pública e Beneficência Particular*. Porto: Imprensa Comércio do Porto, 1900.

faziam sentir nesta época era, sem dúvida, a da Encíclica *Rerum Novarum*, de Leão XIII, publicada em 1891, pilar fundamental da doutrina social da Igreja<sup>140</sup>.

O Decreto de 28 de Dezembro de 1899 vinha dividir os serviços de saúde em serviços de saúde internos e serviços de saúde externos. Os serviços de saúde internos estavam relacionados com a saúde marítima e internacional, enquanto os serviços de saúde externos estavam relacionados com a estatística demográfico-sanitária, a prevenção e combate a doenças infecciosas, a higiene da indústria e do trabalho, a salubridade dos lugares e das habitações, a inspecção das substâncias alimentícias, os serviços mortuários, o exercício da profissão médica e quaisquer outras situações de higiene pública. Era, ainda, criado o *Instituto Central de Higiene* que tinha por objectivo proceder à habilitação técnica e profissional do exercício sanitário, que seria dividido em várias secções<sup>141</sup>.

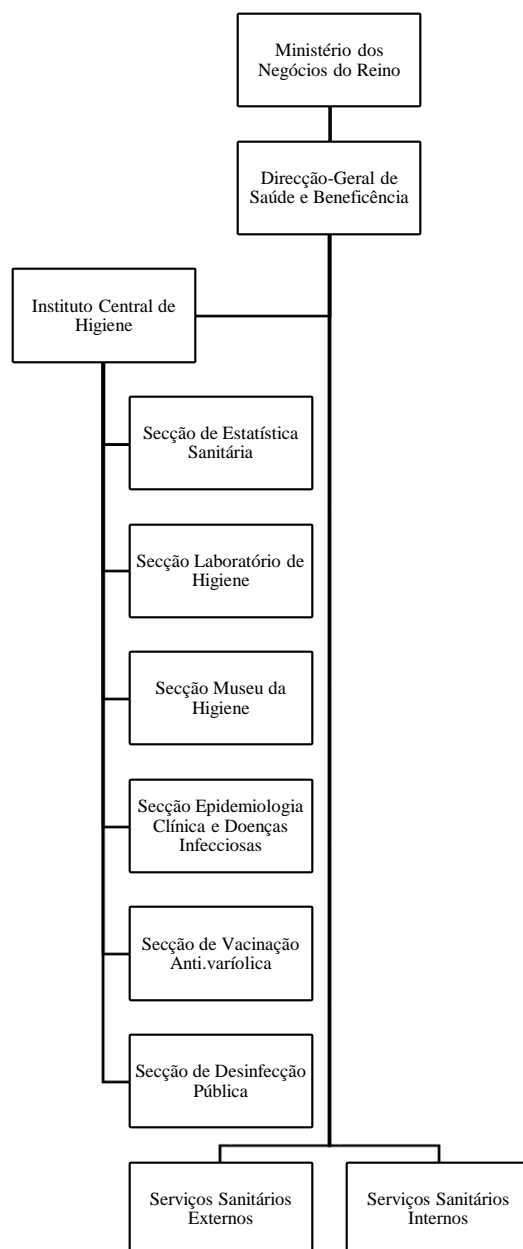


**Org.3:** Organização dos serviços de saúde, segundo o Decreto de 4 de Outubro de 1899.

<sup>140</sup> Cf. IGREJA CATÓLICA, Papa, 1878-1903 (Leão XIII) – *Rerum Novarum*. Lisboa: Rei dos Livros, 1991.

<sup>141</sup> Cf. DECRETO de 28 Dezembro 1899, p. 982-984.

Ainda em 1899 foi criada a *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, financiada pelo Estado, devido ao flagelo da tuberculose, por iniciativa do ministro do Reino, José Luciano de Castro. Durante o governo de Hintze Ribeiro, em 1901, foi aprovado o regulamento geral de saúde e beneficência, que regulou o funcionamento da *Direcção-Geral de Saúde* e estruturou as autoridades sanitárias. A *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, que estava sob tutela da câmara municipal da capital, passou para a tutela directa do *Ministério do Reino*<sup>142</sup>.



**Org. 4:** Organização dos serviços de saúde, segundo o Decreto de 28 de Dezembro de 1899.

<sup>142</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 103.

De facto, o Estado só prestava socorros a quem comprovadamente merecesse recebê-los: essencialmente quem não tinha meios de subsistência<sup>143</sup>. Contudo, como já verificámos, durante este período, a grande massa de trabalhadores não possuía qualquer tipo de protecção social. A estes trabalhadores, a grande maioria da população, por possuírem meios de subsistência, parcos na generalidade, era-lhes negada a assistência pública financiada pelo Estado. À grande massa de trabalhadores era, pois, negado o direito à previdência e à assistência. Este cenário levava, indubitavelmente, à necessidade de recurso a serviços privados de saúde, inoportáveis para esta população.

Os portugueses de todo o país recorriam ao *Hospital de São José e Anexos*. Por tal, pelo Decreto de 6 de Agosto de 1892, todas as câmaras municipais do país deviam contribuir com uma verba que custeasse as despesas dos doentes ali internados, bem como as misericórdias. Contudo, tal originou uma acumulação de doentes e pagamentos deficitários, levando o *Hospital de São José* a reunir problemas financeiros. Apesar de não ter existido, durante o início do século XX, um aumento gradual do número de utentes, a *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* alargou os seus serviços no posto clínico, nos dispensários, nas casas de consulta e nos cuidados médicos ao domicílio<sup>144</sup>.

No ocaso da monarquia constitucional portuguesa observou-se, no nosso país, uma intervenção do Estado essencialmente de protecção e fiscalização dos estabelecimentos existentes. As instituições em funcionamento, algumas delas pertenciam ao Estado ou dependiam dele através de subsídios, enquanto outras eram particulares e independentes<sup>145</sup>. Contudo, cada estabelecimento era autónomo, possuindo os seus respectivos estatutos, não existindo uma rede de cooperação e de comunicação entre estes, conforme nos ditam as palavras de José Curry Cabral<sup>146</sup>, Enfermeiro-Mor do *Hospital de São José*. Assim sendo, estas políticas apenas acentuaram o quadro de decadência e de miséria sentidas por uma parte considerável da população portuguesa, observando-se ineficazes para a melhoria das suas condições de

---

<sup>143</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, 107.

<sup>144</sup> IDEM, *ibidem*, p. 107.

<sup>145</sup> IDEM, *ibidem*, p. 104.

<sup>146</sup> Cf. CURRY CABRAL, José da Camara - Assistência Pública e Hospitalização. In *Notas sobre Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908. vol.1, p. 629-630.

vida<sup>147</sup>. Concomitantemente com esta política verificada em Portugal, países como a Noruega, em 1909, adoptariam um sistema de protecção social de modelo bismarckiano<sup>148</sup>.



**Fig.1:** Alegoria desenhada e oferecida à *Assistência Nacional aos Tuberculosos* pelo rei D. Carlos I. Nela, podemos observar o anjo da caridade a guiar duas crianças, uma manifestamente pobre e doente e outra bem nutrida e de aparência saudável. Esta alegoria sublinha a vertente caritativa presente na fundação desta associação, entendida como moralmente impulsionadora do desenvolvimento de cuidados de saúde públicos e privados [Fonte: CURRY CABRAL, J. – *A Tuberculose (Defeza Individual)*. Lisboa: A.N.T., 1901, p. 7].

<sup>147</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 125.

<sup>148</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge, *op. cit.*, p. 39.



Em Portugal, com o advento da República, observaram-se interessantes alterações. Em termos organizativos, o *Ministério do Reino* passou a designar-se por *Ministério do Interior*<sup>149</sup>. Pelo Decreto de 10 de Fevereiro de 1911 foram aprovadas alterações na organização do *Ministério do Interior*, especialmente nos organismos ligados à assistência<sup>150</sup>. A *Direcção-Geral de Administração Política e Civil* foi desdobrada em duas repartições. A *1ª Repartição de Administração* era composta pela *1ª Secção de Administração Política* e pela *2ª Secção de Administração Civil*. A *2ª Repartição de Assistência* herdou os serviços de beneficência da extinta *Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública*<sup>151</sup>. Da mesma forma, era criada a *Direcção-Geral de Saúde*, que tinha a seu cargo os serviços de saúde pública, observando-se claramente uma divisão entre serviços de saúde e de assistência. Fruto, ainda, desta reorganização, era nomeada, pelo Decreto de 10 de Março de 1911, uma comissão para reorganizar a *Assistência Nacional aos Tuberculosos*<sup>152</sup>.

A 26 de Maio de 1911, sendo ministro do Interior António José de Almeida, foi publicado um decreto com força de lei que reorganizava os serviços de assistência. O documento sublinhava que a assistência era veiculada para os mais pobres, havendo a necessidade de descentralizar os serviços no sentido de se tornarem mais eficazes e de reposta mais rápida. O principal objectivo desta lei era eliminar a mendicidade, combatendo a prática da esmola, através da criação de trabalho e de um sistema de previdência. Seria, assim, criada a *Direcção-Geral de Assistência*, responsável pela organização e administração dos institutos de assistência, bem como por uma acção fiscalizadora e distribuidora dos serviços, reunindo as funções até então inerentes à *2ª Repartição de Assistência da Direcção Geral da Administração Política e Civil*.

---

<sup>149</sup> Cf. DECRETO de 8 de Outubro de 1910. *Diário do Governo*. 4 (1910-10-10), p. 17.

<sup>150</sup> Cf. DECRETO de 10 de Fevereiro de 1911. *Diário do Governo*, Série I, 33 (1911-02-10), p. 486.

<sup>151</sup> IDEM, *ibidem*, p. 485.

<sup>152</sup> Cf. DECRETO de 10 de Março de 1911. *Diário do Governo*, Série I, 57 (1911-03-10).



**Org. 5:** Organização dos serviços de saúde e assistência do *Ministério do Interior* veiculada pelo Decreto de 10 de Fevereiro de 1911.

Esta Direcção-Geral passava a ser composta por duas repartições: pela primeira repartição corriam os assuntos referentes à organização, administração e fiscalização da assistência pública e particular; à segunda repartição cabia coordenar os serviços de informações e estatísticas da assistência e cadastro geral dos assistidos por instituições públicas ou privadas<sup>153</sup>. Deste modo, a acção privada era dirigida e fiscalizada pela acção pública. Era o Estado que manipulava o controlo orçamental das instituições privadas, inspeccionava a sua assistência clínica e as condições higiénicas dos seus estabelecimentos, resolvia os seus conflitos e ponderava a sua possível dissolução. Os estabelecimentos de assistência privada ficavam, ao nível do funcionamento, do pessoal, do exercício da assistência clínica, sujeitos às leis e regulamentos sanitários da República.

Era, da mesma forma, criado o *Conselho Nacional de Assistência Pública*, cujo expediente era gerido pela *Direcção-Geral da Assistência*. Este organismo era presidido pelo ministro do Interior e tinha como vice-presidente o director-geral de Assistência,

<sup>153</sup> Cf. DECRETO de 26 de Maio de 1911. *Diário do Governo, Série I*. 122 (1911-05-26), p. 2130-2133.

possuindo um vasto conjunto de vogais, representantes de várias instituições de saúde e assistência, como era o caso do director da Faculdade de Medicina de Lisboa, o presidente da *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, o presidente da *Sociedade de Ciências Médicas*, da *Associação dos Médicos Portugueses* e da *Federação das Associações de Socorros Mútuos*. A este organismo competia elaborar projectos-lei sobre a organização dos serviços de assistência e administrar o Fundo Nacional de Assistência, constituído por uma dotação orçamental do Estado para esta área, que recolhia verbas de um imposto especial por cada bilhete de via-férrea, pelo rendimento de uma estampilha especial, pela metade do valor dos espólios que revertiam para o Estado, por uma percentagem do imposto sucessório, doações e legados, contribuições voluntárias ou outras receitas com este fim<sup>154</sup>.

Os serviços administrativos dos estabelecimentos oficiais de assistência de Lisboa passavam a organizar-se numa administração conjunta, sendo criada a *Provedoria Central da Assistência de Lisboa*, subordinada à *Direcção-Geral de Assistência*. Seria, ainda, criada a *Comissão Central da Assistência de Lisboa*, presidida pelo governador civil e constituída por um conjunto de representantes das principais instituições de saúde e de assistência da cidade de Lisboa, dependente da *Provedoria Central da Assistência* daquela cidade. A este organismo competia exercer a superintendência em todas as instituições oficiais de assistência, distritais, municipais e paroquiais, estabelecidas no distrito de Lisboa. No Porto seria também criada uma *Comissão Central de Assistência Pública*, em moldes idênticos à *Provedoria* existente na capital, cujo expediente seria gerido pelo governo civil daquela cidade. Eram, ainda, criadas e reorganizadas as *Comissões Distritais de Assistência* e as *Comissões Municipais de Assistência*<sup>155</sup>.

Não podemos esquecer que, em 1911 era promulgada a *Lei da Separação*. Após algum período de confusão inicial, as organizações assistenciais pertencentes à Igreja, às misericórdias, às confrarias e irmandades passavam a ser consideradas, pelo Estado, instituições de assistência particular<sup>156</sup>. O Estado e os municípios deixavam de financiar actividades culturais, sendo essas verbas canalizadas para fins de assistência, beneficência, instrução e educação. As contribuições dos fiéis eram dirigidas às

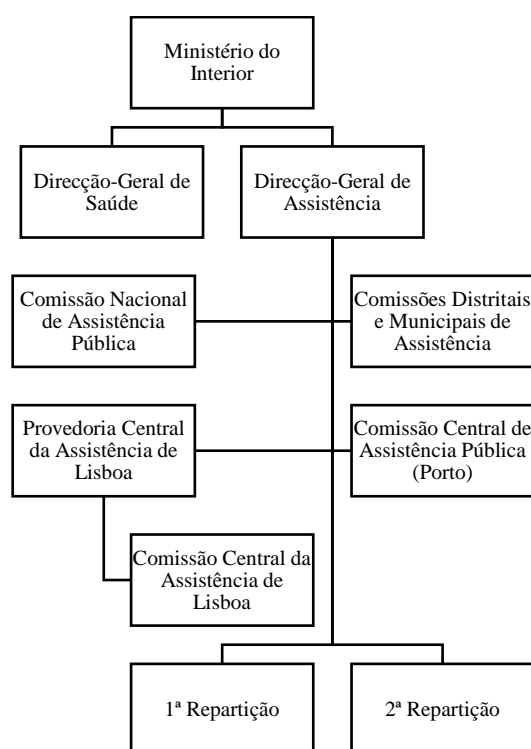
---

<sup>154</sup> Cf. DECRETO de 26 de Maio de 1911. *Diário do Governo, Série I*. 122 (1911-05-26), p. 2131.

<sup>155</sup> *Ibidem*, p. 2132.

<sup>156</sup> Cf. DECRETO n.º. 1425. *Diário do Governo, Série I* (1915-03-23).

misericórdias. As corporações autorizadas para o culto eram obrigadas a aplicar 1/3 das suas receitas em serviços de assistência e beneficência<sup>157</sup>. Por outro lado, a desnaturalização, proscrição e expulsão dos jesuítas e a extinção das ordens regulares, dos seus mosteiros e conventos<sup>158</sup> levaram a uma diminuição do número de efectivos ligados à assistência. Estes factos terão, pois, levado à necessidade de se efectuar a reforma que acabámos de observar.



**Org. 6:** Organização dos serviços de saúde e assistência após a reforma preconizada por António José de Almeida (1911).

Ainda durante o ano de 1911 foi criada a Comissão de Defesa Antisezonática, que tinha como finalidade combater as causas da malária e os seus efeitos na população, a qual desempenhou um papel decisivo no controlo desta doença, determinando as áreas de incidência, as formas de sezonismo, organizando missões de estudo e acções de

<sup>157</sup> Cf. DECRETO com força de Lei, de 20 de Abril de 1911. *Diário do Governo, Série I*. 92 (1911-04-21), p. 1619-1624.

<sup>158</sup> Cf. DECRETO de 8 de Outubro de 1910, p. 17.

combate. Da mesma forma, foi aprovado um novo regulamento da Sanidade Escolar, mais tarde objecto de um novo regulamento que levaria à criação de uma *Inspecção da Sanidade Escolar* e à constituição de uma respectiva Junta Médica, em 1919<sup>159</sup>. Ainda durante o ano de 1911 surgiu um novo regulamento de vacinação, um serviço tutelado pelo *Instituto Central de Higiene*, que tornava obrigatória a vacina contra a varíola para todas as crianças durante o primeiro ano de idade. A vacina antirábica passava, também, a ser obrigatória para todos os cães<sup>160</sup>.

Segundo a Constituição de 1911, no seu artigo 3, n.º. 29 “era reconhecido o direito à assistência pública”<sup>161</sup>. De facto, pela primeira vez na história portuguesa era legislado explicitamente o direito dos cidadãos a uma assistência por parte do Estado. Autores, como David Pereira, sustentam que esta formulação parece semelhante, embora mais específica, à que provinha da *Carta Constitucional de 1826*, a qual já referimos, que reconhecia o direito aos socorros públicos. Desse modo, corroborando a opinião de David Pereira, com o advento da República, não se verificou qualquer ruptura com as políticas verificadas durante a monarquia constitucional.

Embora tenha existido, a nível organizacional, uma clara divisão entre saúde e assistência, muitos dos cuidados de saúde prestados à população eram considerados cuidados de assistência, pelo que a clara divisão entre os dois âmbitos não foi clara, o que apenas sucederá com o advento da democracia. Do mesmo modo, embora fosse reconhecido, na *Constituição Republicana*, o direito dos cidadãos à assistência pública, esse direito não era alargado a todos os cidadãos. Apenas poderiam ser alvo de assistência por parte do Estado aqueles que apresentassem atestados de pobreza, passados pelas juntas de paróquia. Esses atestados eram passados a pessoas com deficiência física e psíquica, crianças, grávidas e idosos, doentes, desempregados e pobres. Excluídos ficavam aqueles que recusassem trabalho, alcoólicos e prostitutas, bem como os que não apresentassem o referido certificado, tentando, deste modo, o novo regime republicano exercer um nítido controlo social<sup>162</sup>.

---

<sup>159</sup> Cf. DECRETO n.º. 5544. *Diário do Governo, Série I*. 97 (1919-05-09).

<sup>160</sup> Cf. ALVES, Jorge Fernando; CARNEIRO, Marinha - *A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da Monarquia à Ditadura Militar)*, p. 46.

<sup>161</sup> Cf. PORTUGAL - *Constituição Política da República Portuguesa Votada em 21 de Agosto de 1911 pela Assembleia Nacional*. [s.l.:s.n.], 1980. Edição fac-similada,.

<sup>162</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 195.

No plano internacional, o ano de 1911 marca, na Grã-Bretanha, por decisão do governo Liberal, a adopção de um sistema de financiamento de cuidados de saúde através das cotizações dos trabalhadores a favor de mutualidades<sup>163</sup>. Em 1913, em Portugal, durante o governo de Afonso Costa, foi instituído, pela primeira vez, o seguro por acidente de trabalho, como contrapartida pelo risco profissional<sup>164</sup>. Esta legislação estabelecia o direito a assistência clínica, medicamentosa e indemnização para os operários vítimas de acidentes de trabalho. O regulamento desta lei seria aprovado já durante o governo de Bernardino Machado, em Outubro do mesmo ano. De facto, 29 anos após o governo de Bismarck ter, pela primeira vez, instituído, na Alemanha, seguros sociais obrigatórios, como é o caso do seguro contra acidentes de trabalho, Portugal instituiu pela primeira vez um seguro desta natureza, embora não possuísse ainda a componente de obrigatoriedade.

Em 1914, a 2ª *Repartição da Direcção-Geral de Assistência* passou a designar-se por *Repartição de Estatística, Informações e Cadastro*, sendo sua competência a elaboração de um cadastro dos assistidos por instituições públicas e privadas, para além da sua aptidão para publicação de estatísticas oficiais de assistência, tentando ressaltar o papel do Estado nessa área<sup>165</sup>. Com o estalar da Grande Guerra, observou-se um aumento do preço dos bens essenciais, bem como dos produtos farmacêuticos, o que aumentaria a despesa dos hospitais e das restantes instituições de assistência, a esse nível.

Ainda durante esse ano de 1914, os serviços hospitalares foram remodelados. O *Hospital de São José e Anexos* passou a ser designado por *Hospitais Civis de Lisboa*, agregando os hospitais de São José, São Lázaro, Desterro, Estefânia, Arroios, Rego, Santa Marta e *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*<sup>166</sup>. Os *Hospitais da Universidade de Coimbra* também viriam uma clara reformulação, em 1919<sup>167</sup>. Notou-se, ainda, no Porto, a reorganização do *Hospital do Bonfim*, que passaria a designar-se por *Hospital Joaquim Urbano*<sup>168</sup>. Em 1916, foi ainda criado o *Ministério do Trabalho e*

---

<sup>163</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge, *op. cit.*, p. 40.

<sup>164</sup> Cf. LEI n.º 83. *Diário do Governo, Série I*, 171 (1913-07-24).

<sup>165</sup> Cf. DECRETO n.º 295. *Diário do Governo, Série I*, 14 (1914-01-27), p. 71-72.

<sup>166</sup> Cf. DECRETO n.º 1137. *Diário do Governo, Série I*, 226 (1914-12-03), p. 1354-1355.

<sup>167</sup> Cf. DECRETO n.º 5736. *Diário do Governo, Série I*, 98 (1919-10-05).

<sup>168</sup> Cf. ALVES, Jorge Fernando; CARNEIRO, Marinha - *A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da Monarquia à Ditadura Militar)*, p. 47.

da *Previdência Social*, observando-se uma autonomização do sector da previdência social<sup>169</sup>.

Durante esta primeira fase da República, até 1918, o regime não foi capaz de assumir uma política de ruptura, ao nível da saúde e da assistência, com a observada ao longo da Monarquia Constitucional, direccionando os seus cuidados apenas para os comprovadamente mais pobres. Contudo, notou-se um esforço, por parte dos vários governos, no sentido de aumentar o número de camas nos hospitais, bem como as verbas disponíveis para a assistência. Contudo, os resultados não foram os mais satisfatórios, tendo em conta a alteração da situação económica nacional com o dealbar da Grande Guerra, responsável por um avolumar de carências da população portuguesa<sup>170</sup>.

Ao nível da formação dos profissionais de saúde, note-se que o governo republicano publicou, em 1911, a reforma do ensino médico, elevando as escolas médico-cirúrgicas a faculdades, nas recém-instituídas universidades do Porto e de Lisboa<sup>171</sup>. A área farmacêutica foi também objecto de profundas alterações ao nível do ensino. As escolas de farmácia, em princípio anexas às faculdades de medicina foram transformadas, em 1921, em faculdades de farmácia<sup>172</sup>. Em 1918, foram criadas escolas de enfermagem militar junto dos hospitais militares de Lisboa e Porto e, no ano seguinte, era criada uma escola de enfermagem nos *Hospitais da Universidade de Coimbra*. Em 1922, seria a vez da criação de uma escola profissional de enfermagem nos *Hospitais Cívicos de Lisboa*<sup>173</sup>.

Em 1918, durante o governo de Sidónio Pais, observou-se uma nova reorganização dos serviços de saúde e assistência. Segundo o Decreto nº. 4641, de 13 de Junho de 1918, a assistência pública devia ser considerada uma instituição de previdência, tendo em conta que o socorro que prestava não era apenas mero altruísmo mas um auxílio àqueles que possuíam esse direito. De um modo idêntico, considerava que os serviços de saúde estavam intimamente ligados à previdência social. Assim sendo, a *Direcção-Geral de Saúde* e a *Direcção-Geral de Assistência Pública* passavam a integrar a orgânica da *Secretaria de Estado do Trabalho*. A *Direcção-Geral de*

---

<sup>169</sup> Cf. LEI nº 494. *Diário do Governo, Série I*. 52 (1916-03-18), p. 263-264.

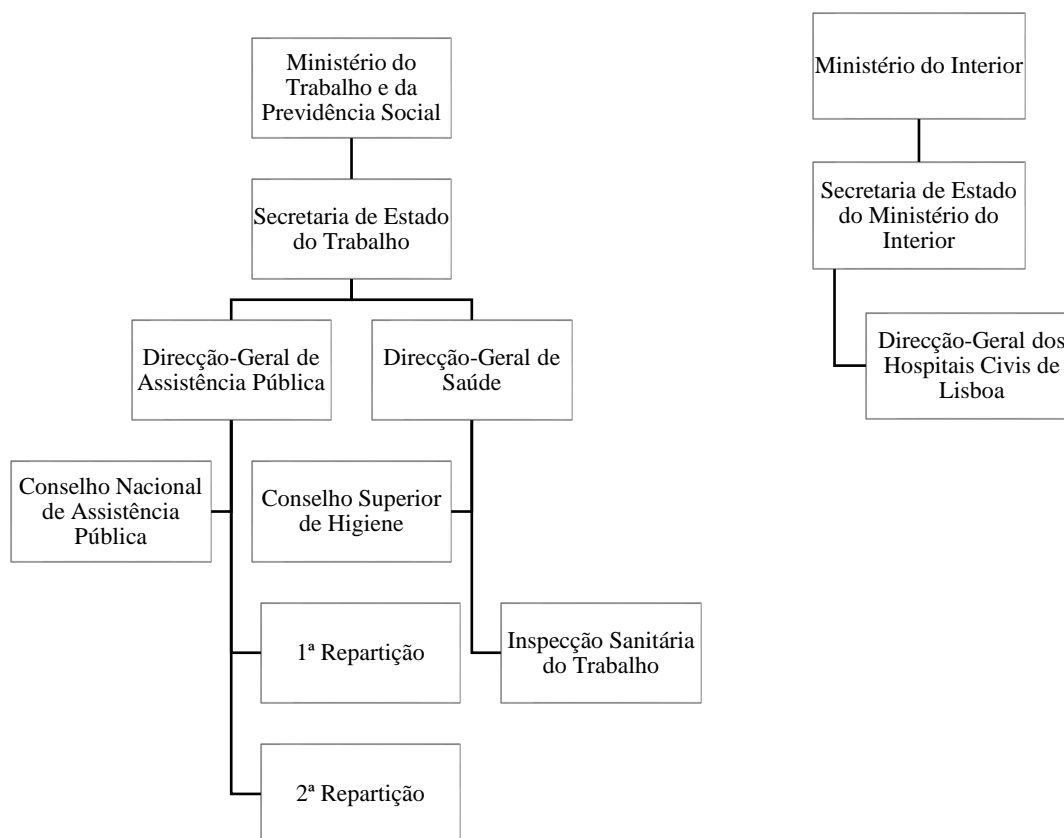
<sup>170</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 164.

<sup>171</sup> Cf. DECRETO. *Diário do Governo, Série I*. 68 (1911-03-24).

<sup>172</sup> Cf. DECRETO nº. 1102. *Diário do Governo, Série I*. 221 (1914-11-25).

<sup>173</sup> Cf. DECRETO 8505. *Diário do Governo, Série I*. 244 (1922-11-25).

*Assistência Pública* mantinha as duas repartições, funcionando junto desta o *Conselho Nacional de Assistência Pública*. A *Direcção-Geral de Saúde* continuava apenas com uma repartição, dependendo desta a *Inspecção Sanitária do Trabalho*. Junto a esta funcionava o *Conselho Superior de Higiene*<sup>174</sup>. Seria, ainda, criada uma nova Direcção-Geral, a *Direcção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa*.



**Org. 7:** Organização dos serviços de saúde e assistência veiculada pelo Decreto n.º. 4641, de 14 de Julho de 1918.

No que diz respeito à assistência pública, esta constituiu um factor de promoção da imagem de estadista de Sidónio Pais. Uma das instituições de assistência que marcaram este período foi a *Obra de Assistência 5 de Dezembro*<sup>175</sup>, através da qual

<sup>174</sup> Cf. DECRETO n.º 4641. *Diário do Governo, Série I*, 157, suplemento (1918-07-14), p. 1290-1304.

<sup>175</sup> A *Obra de Assistência 5 de Dezembro* terá nascido da vontade de Sidónio Pais, num momento de consagração de poder pessoal e institucional, durante o seu mandato presidencial. O programa previsto para a instituição suplantava a mera implementação de “sopas dos pobres”. Esta ideia voluntarista que visava a erradicação imediata da mendicidade, logo foi considerada demagógica, mesclada com uma preocupação com a justa distribuição dos cuidados públicos de assistência. A grande ruptura com as políticas anteriores de assistência com a autonomia organizacional da Obra, que desenvolveu a sua actividade de forma independente da Direcção-Geral de Assistência Pública, da Direcção-Geral de Saúde



instaurou um grande número de cozinhas económicas na área de Lisboa. Através da legislação aprovada nesta matéria, concluímos que o presidente conferia a esta instituição um carácter primacial, munindo-a com recursos financeiros e facilidades várias. A assistência pública era pois o grande foco da política social do Sidonismo, na qual era patente o seu cunho supletivo e caritativo, direccionada que era para os mais pobres<sup>176</sup>.

Durante o governo de Sidónio Pais, sendo secretário de Estado do Interior, João Tamagnini Barbosa, notou-se uma profunda reorganização dos *Hospitais Civis de Lisboa*. Estes hospitais simbolizavam, por excelência, uma assistência pública de saúde. Em 1918, era urgente uma modernização do seu funcionamento. Seria nesse período que os *Hospitais Civis de Lisboa* seriam autonomizados no seio da assistência pública e mantidos independentes da *Provedoria Central da Assistência de Lisboa* e da *Faculdade de Medicina de Lisboa*, continuando, contudo, sob a alçada do *Ministério do Interior*, constituindo uma nova Direcção-Geral agregada à *Secretaria de Estado do Interior*<sup>177</sup>.

Com uma direcção única, estes estabelecimentos eram considerados os principais hospitais do país, procurados por milhares de doentes, granjeando grande prestígio. Observou-se, pois, uma reorganização dos seus serviços clínicos, da enfermagem, dos serviços farmacêuticos, da parte administrativa, uma recuperação de materiais e instalações... Contudo, o governo reconhecia um grave problema hospitalar: um problema financeiro que obrigava a que muitos doentes pagassem a sua hospitalização. Quando não tinham posses para tal, eram os municípios a saldarem a sua dívida sendo, da mesma forma, necessário que a *Câmara Municipal de Lisboa* subsidiasse os hospitais da cidade. Outro problema residia no facto de que muitos doentes, oriundos das províncias, acorriam aos hospitais de Lisboa, criando grande congestionamento naquelas instituições. O governo acreditava que o problema só seria resolúvel através da criação de vários hospitais pelo país, apenas possível com a colaboração das misericórdias. Outro dos problemas dos hospitais de Lisboa era a falta

---

e dos Hospitais Civis de Lisboa. Sobre este tema, vide SILVA, Armando Malheiro da – *Sidónio e Sidonismo*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006. vol. 2.

<sup>176</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 200.

<sup>177</sup> IDEM, *ibidem*, p. 294.

de contribuições caritativas, individuais ou colectivas, dos particulares. O governo considerava esmorecido, durante esta época, o fervor compassivo dos portugueses<sup>178</sup>.

Durante o ano de 1919, observou-se a institucionalização de um pacote de medidas sociais. O governo de Domingos Pereira implementou um conjunto de decretos, todos datados de 10 de Maio de 1919, que instituiriam um conjunto de seguros sociais para os trabalhadores: seguro social obrigatório na doença<sup>179</sup>, seguro social obrigatório contra acidentes de trabalho<sup>180</sup>, seguro social obrigatório contra a invalidez, velhice e sobrevivência<sup>181</sup>. Era criado, ainda, um organismo que deveria superintender, administrar e executar o programa de seguros sociais obrigatórios, o *Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral* (I.S.S.O.P.G.), organicamente dependente do *Ministério do Trabalho*<sup>182</sup>. Seriam, ainda criadas Bolsas de Trabalho<sup>183</sup>, organismos que tinham por missão promover a colocação de desempregados.

A criação do I.S.S.O.P.G. tinha como objectivo “dar unidade e orientação a serviços de maior utilidade pública, que devem servir de base a um estado social novo”<sup>184</sup>. Este novo instituto devia seguir a órbita dos objectivos da *Sociedade das Nações*, percussora de uma nova era de paz social, na defesa dos direitos das classes trabalhadoras. O I.S.S.O.P.G. possuía administração autónoma e seria dependente do *Ministério do Trabalho*. Para a sua dependência passava a *Direcção-Geral de Previdência Social* e a *Direcção-Geral de Assistência Pública*, passando os serviços de assistência a possuir a organização patente no organigrama 8.

Esta foi, de facto, a resposta do regime republicano às promessas efectuadas, no sentido de dignificar a esmagadora população assalariada, mas também à evolução das medidas sociais sentidas no plano internacional e ao apoio ao movimento operário, fiel aliado na resistência contra as investidas monárquicas<sup>185</sup>. Tentando adaptar as medidas legislativas, ao nível da assistência, levadas a cabo pelo governo de Sidónio Pais, a

---

<sup>178</sup> Cf. DECRETO n.º. 4563. *Diário do Governo, Série I.* 155 (1918-07-12).

<sup>179</sup> Cf. DECRETO n.º. 5636. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10).

<sup>180</sup> Cf. DECRETO 5637. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10).

<sup>181</sup> Cf. DECRETO 5638. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10).

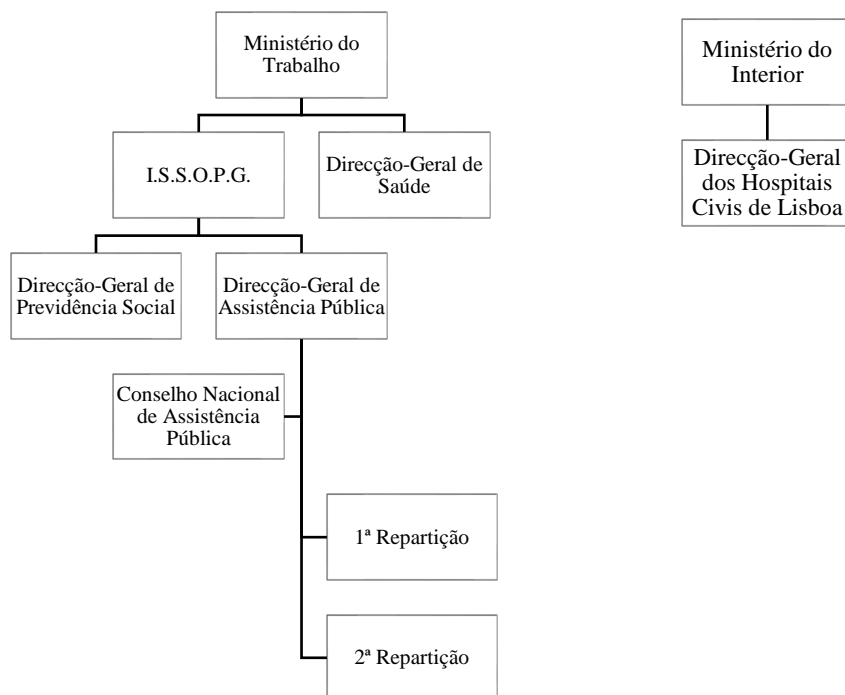
<sup>182</sup> Cf. DECRETO 5640. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10).

<sup>183</sup> Cf. DECRETO 5639. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10).

<sup>184</sup> Cf. DECRETO 5640. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10), p. 1047.

<sup>185</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 335.

*Obra de Assistência de 5 de Dezembro* passava a ser incorporada na Assistência Pública<sup>186</sup>.



**Org. 8:** Organização dos serviços de saúde e assistência preconizada pelo Decreto n.º. 5640, de 10 de Maio de 1919.

Estes avanços em matéria social encontraram grandes resistências por parte das entidades patronais, que sempre que puderam não fizeram cumprir a lei. Nem as denúncias efectuadas pelas classes trabalhadoras conseguiram alterar esta situação. De facto, a implementação de medidas de previdência social durante o período da I República, relativamente aos seguros sociais, foi um percurso recheado de malogros, não se vindo claramente a efectivar. A não concretização desta política social deveu-se, às resistências sentidas por parte dos empregadores, a restrições económicas, pela elevação constante do salário médio desde 1920 e a uma instabilidade cambial do escudo<sup>187</sup>.

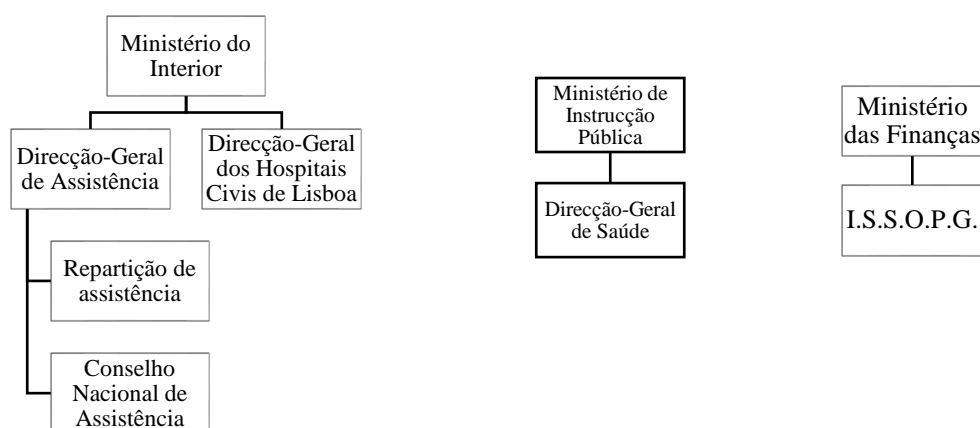
A este período de crise económica juntou-se um período de epidemias e de grande mortalidade gerada pela gripe pneumónica e pelo tifo exantemático. Concomitantemente, a legislação produzida acabaria por atribuir um papel central às misericórdias como instituições coordenadoras da assistência privada, recuperando a sua

<sup>186</sup> Cf. DECRETO n.º 5369. *Diário do Governo, Série I*. 73 (1919-04-09).

<sup>187</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 398.

centralidade como centros de prestação de socorros aos pobres e indigentes<sup>188</sup>. Note-se que a grande maioria da população portuguesa, trabalhadora no sector agrícola, procurava sobreviver em situações de grave carência. Contudo, cidadãos detentores de um trabalho ou de uma profissão não eram considerados indigentes, e assim não obtinham qualquer apoio da assistência pública, quadro que não se viria a alterar durante a I República, como verificámos anteriormente<sup>189</sup>.

Em 1925, pelo Decreto nº 11267, foi extinto o *Ministério do Trabalho*. Os organismos de saúde e assistência foram distribuídos por outros ministérios, demonstrando alguma desorientação<sup>190</sup>. A *Direcção-Geral de Assistência* e a *Direcção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa* passaram para a tutela do *Ministério do Interior*. A *Direcção-Geral de Saúde* ficava sob dependência do *Ministério da Instrução Pública* “dada a sua ligação íntima com o problema escolar”<sup>191</sup>. Por seu turno, o I.S.S.O.P.G. passou a ser tutelado pelo *Ministério das Finanças*. A *Direcção-Geral de Saúde* e a *Direcção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa* continuavam com a mesma constituição que possuíam quando eram tuteladas pelo *Ministério do Trabalho*. A *Direcção-Geral de Assistência* passava a ser constituída pela repartição de assistência e pelo *Conselho Nacional de Assistência*. Ficariam, da mesma forma, dela dependentes a *Provedoria Central da Assistência de Lisboa*, a *Casa Pia de Lisboa*, os *Hospitais da Universidade de Coimbra*, o *Hospital D. Leonor* e o *Hospital de Santo Isidoro*, nas Caldas da Rainha.



**Org. 9:** Organização dos serviços de saúde e assistência patente no Decreto nº. 11267 (1925).

<sup>188</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 430.

<sup>189</sup> IDEM, *ibidem*, p. 431.

<sup>190</sup> Cf. ALVES, Jorge Fernando; CARNEIRO, Marinha, *A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da Monarquia à Ditadura Militar)*, p. 48.

<sup>191</sup> Cf. DECRETO nº. 11267. *Diário do Governo, I Série*. 255 (1925-11-25), p. 1623.

Contudo, pelo Decreto nº 11336, datado de Dezembro de 1925, a *Direcção-Geral de Assistência* e o I.S.S.O.P.G. passavam a constituir um só organismo denominado *Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral*, que ficaria dependente do *Ministério do Interior*. Esta nova reorganização era devida ao facto de que a separação de assuntos referentes à assistência pública e aos seguros sociais e previdência poderia ser perturbada ao nível do lançamento, da cobrança, da fiscalização e da distribuição de receitas do antigo I.S.S.O.P.G.<sup>192</sup>. Assim, os serviços de saúde e assistência passariam a ter a seguinte organização:

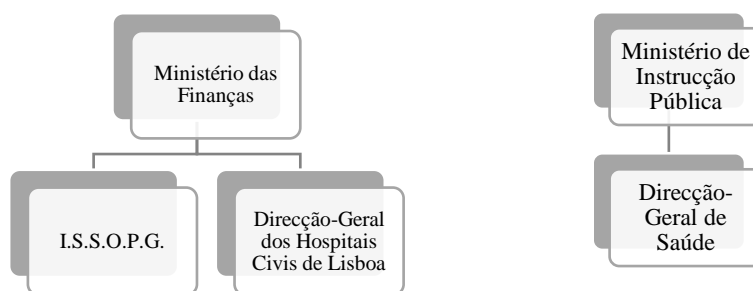


**Org. 10:** Organização dos serviços de saúde e assistência veiculada pelo Decreto nº 11336 (1925).

No ano seguinte, em 1926, já sob a ditadura militar, assiste-se a uma nova reorganização ministerial. A *Direcção-Geral de Saúde* continuava sob a égide do *Ministério da Instrução Pública*. Contudo, o I.S.S.O.P.G., no qual estavam reunidos os serviços da antiga *Direcção-Geral de Assistência*, passava para a tutela do *Ministério das Finanças*, tal como a *Direcção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa*<sup>193</sup>.

<sup>192</sup> Cf. DECRETO nº. 11336. *Diário do Governo, Série I.* 264 (1925-12-10), p. 1817.

<sup>193</sup> Cf. DECRETO nº. 11996. *Diário do Governo, Série I.* 166 (1926-07-31).



**Org. 11:** Organização dos serviços de saúde e assistência veiculada pelo Decreto nº 11996 (1926).

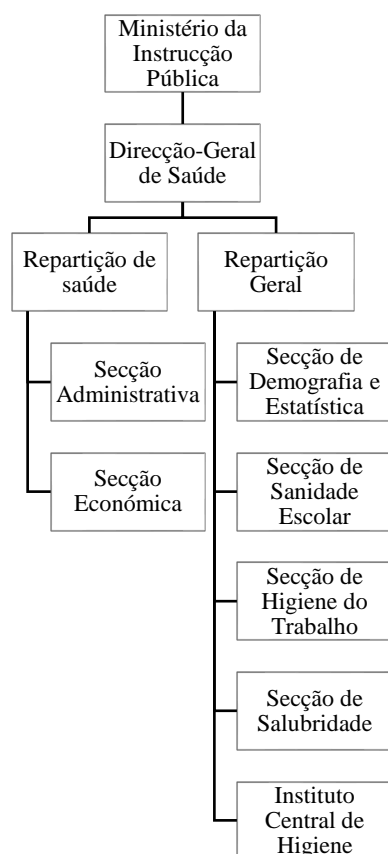
Durante o ano de 1926, sob o governo de Ditadura Militar, sendo Óscar Carmona presidente do Conselho de Ministros, observou-se uma nova reorganização dos serviços de saúde pública. Nesta reforma participaria Artur Ricardo Jorge, filho do médico e higienista responsável pela reforma de 1899, e à altura ministro da Instrução Pública. No tocante à higiene pública, durante esta época, Portugal sentia-se muito aquém de vários países europeus, que conheceriam grandes avanços nesta área, sobretudo no rescaldo da Grande Guerra. A luta contra a doença era considerada uma “conveniência material e moral da Nação”<sup>194</sup>. Note-se que, no código instaurador da *Sociedade das Nações*, contemplado no Tratado de Versalhes, foi criada uma organização internacional de saúde que vigiaria os problemas específicos de cada país. Os serviços de saúde portugueses encontravam-se, contudo, dispersos, como era o caso dos serviços de saúde da guerra, da marinha e das colónias, aumentando os custos inerentes e dificultando a comunicação. Nesse sentido, Portugal sentia-se na obrigação de melhorar a sua higiene pública, por razões sanitárias e patrióticas<sup>195</sup>.

À *Direcção-Geral de Saúde* passava a competir a gestão técnica e administrativa dos serviços públicos de saúde e higiene. Era da sua competência a realização de estatísticas demográfico-sanitárias, a sanidade marítima internacional, a sanidade terrestre, a prevenção e o combate a doenças infecciosas, a higiene do trabalho na indústrias, a saúde escolar e a educação física, a salubridade dos lugares e das habitações, a inspecção de géneros alimentícios e o exercício da profissão médica. A repartição de saúde dividia-se em duas secções: uma administrativa e uma económica. A repartição geral tutelava as secções de demografia e estatística, a sanidade escolar, a

<sup>194</sup> Cf. DECRETO nº. 12477. *Diário do Governo, Série I*. 227 (1926-10-12), p. 1519-1530.

<sup>195</sup> *Ibidem*, p. 1520.

higiene do trabalho, salubridade e o *Instituto Central de Higiene*<sup>196</sup>. Era, da mesma forma, criado um serviço antiepidémico permanente, exercido por brigadas sanitárias, e um serviço antisezonático com postos estabelecidos nas regiões maláricas. Era, ainda, instituído um serviço especial de produção e administração de soros e vacinas, aumentando a profilaxia da varíola, doenças venéreas, raiva, tuberculose e lepra<sup>197</sup>.



**Org. 12:** Organização da *Direcção-Geral de Saúde* veiculada pelo Decreto nº 12447 (1926).

No ano de 1927, assiste-se a uma nova reorganização dos serviços de saúde e assistência. Para o *Ministério do Interior* passa a tutela da *Direcção-Geral de Saúde* (que estava sob a dependência do *Ministério da Instrucção Pública*), e da *Direcção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa* (então tutelada pelo *Ministério das Finanças*). Da mesma forma, os serviços de assistência, que estavam sob a égide do I.S.S.O.P.G.,

<sup>196</sup> O *Instituto Central de Higiene* era a sede dos serviços laboratoriais da *Direcção-Geral de Saúde* e da instrução especial de habilitação dos médicos sanitários e do seu pessoal auxiliar técnico.

<sup>197</sup> Cf. DECRETO nº. 12477, *op. cit.*, p. 1519.

reuniram-se novamente, passando a constituir uma nova *Direcção-Geral da Assistência*, organismo que tinha sido extinto em 1925<sup>198</sup>. A reintegração da saúde e da assistência no *Ministério do Interior* consolidaria a sua posição, passando a ser detentor de quatro funções principais: tutela da administração local, garantia da defesa da segurança do Estado, defesa da opinião pública através de serviços de censura e tutela dos serviços de saúde e assistência<sup>199</sup>. Assim, os serviços de saúde e assistência passaram a ter a seguinte organização:



**Org. 13:** Organização dos serviços de saúde e assistência segundo o Decreto nº 13700 (1927).

“O progresso incessante das instituições de sanidade apoderou-se das sociedades civilizadas em todos os países, dos maiores aos mais pequenos. Não podemos mais hoje em dia continuar nesta situação deprimente para a saúde do povo e para o brio da Nação”<sup>200</sup>. Nesse sentido, ainda durante o ano de 1927, foi produzida legislação, no âmbito da *Direcção-Geral de Saúde*, que instituiu a criação de dispensários de higiene social e postos de protecção à infância, em Lisboa e no Porto. Eram, ainda, criados postos antimaláricos nas regiões sazonáticas. Também em 1927, foi produzida legislação que regulamentava o trabalho dos menores e das mulheres, cuja tutela sanitária ficava a cargo da *Inspecção de Higiene do Trabalho e das Indústrias*<sup>201</sup>.

No ano seguinte, os serviços de assistência seriam reorganizados. Nesse sentido, a *Direcção-Geral de Assistência* passava a ser constituída por quatro repartições: a Repartição Central dos Serviços de Assistência (1ª Repartição), a Repartição de Tutela da Beneficência Privada (2ª Repartição), a Repartição de Contabilidade, Fiscalização

<sup>198</sup> Cf. DECRETO nº. 13700. *Diário do Governo, Série I.* 111 (1927-05-31).

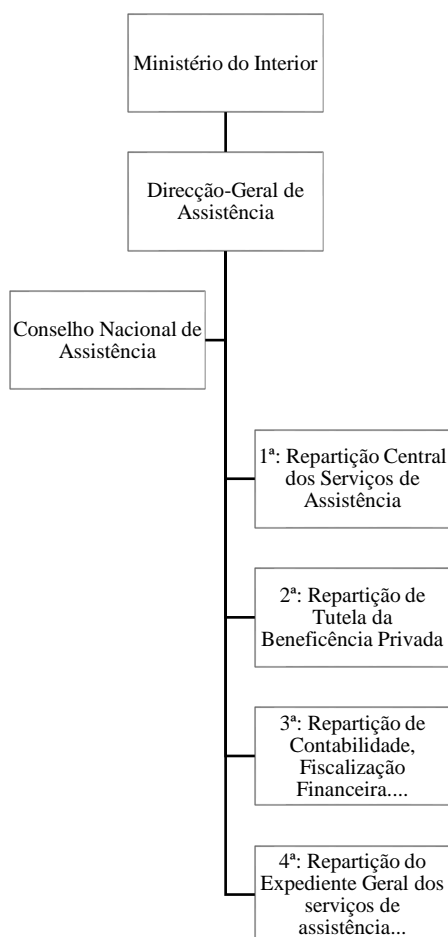
<sup>199</sup> Cf. Ministério do Interior. In ROSAS, Fernando; BRITO, D. Brandão de – *Dicionário de História do Estado Novo*. Vol. II, Lisboa: Bertrand, 1998, p. 598.

<sup>200</sup> Cf. DECRETO nº. 14803. *Diário do Governo, Série I.* 290 (1927-12-30).

<sup>201</sup> Cf. DECRETO nº. 14498. *Diário do Governo, Série I.* 240 (1927-10-29).



Financeira e Económica dos Estabelecimentos e Serviços de Assistência Pública da Capital (3ª Repartição) e a Repartição do Expediente Geral dos Serviços e Estabelecimentos da Assistência Pública da Capital (4ª Repartição)<sup>202</sup>. De facto, observa-se que a assistência assumia novamente um maior protagonismo.



**Org. 14:** Organização da *Direcção-Geral de Assistência* através do Decreto nº. 14813 (1928).

Contudo, em Maio de 1928, foi extinto o *Conselho Superior de Assistência* e a respectiva comissão executiva, passando as suas funções a serem exercidas pelo *Ministro do Interior*, por intermédio da *Direcção-Geral de Assistência*<sup>203</sup>. O antigo *Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral* (I.S.S.O.P.G.) passava a denominar-se *Instituto Nacional de Seguros e Previdência* (I.N.S.P.), continuando dependente do *Ministério das Finanças*. Sob sua alçada foi criada a *Caixa Nacional de Previdência*, que possuía como atribuições efectuar os seguros dos bens do Estado, dos

<sup>202</sup> Cf. DECRETO nº. 14813. *Diário do Governo, Série I*. 1 (1928-01-03).

<sup>203</sup> Cf. DECRETO nº. 15458. *Diário do Governo, Série I*. 107 (1928-05-11).

corpos e corporações administrativas, e o seguro contra desastres de trabalho dos funcionários do Estado, efectuando seguros e resseguros de diferentes ramos da indústria. Foi também criado o *Fundo Permanente de Previdência Social* destinado a promover a organização e o funcionamento inicial das instituições mutualistas de seguro social obrigatório na doença, contribuir para as pensões dos sinistrados no trabalho nos casos de insolvência da entidade patronal, e estabelecer pensões a inválidos e idosos não abrangidos pelos seguros sociais<sup>204</sup>.

Contudo, todas estas medidas de cariz social foram suspensas com a entrada no governo de um novo ministro das Finanças, António de Oliveira Salazar, a 27 de Abril de 1928, aquando da tomada de posse do governo de José Vicente de Freitas. Logo em Maio do mesmo ano o novo ministro fazia publicar o Decreto nº 15431, que suspendia o Decreto nº 15342, que criava a *Caixa Nacional de Previdência* e o *Fundo Permanente de Previdência Social*. Suspendia, ainda, o Decreto nº 15343, que organizava o seguro social obrigatório na invalidez e na velhice, e o Decreto nº 15387, que previa a eleição de dois representantes das sociedades de seguros nacionais no *Conselho de Seguros*<sup>205</sup>. Essa suspensão era explicada pelo facto de a actividade da referida *Caixa* colocar restrições à liberdade que regia a actividade particular de seguros, representando o resseguro obrigatório de metade dos excedentes desta na dita *Caixa*, um objectivo tentado em alguns países e posteriormente abandonado por motivos que deviam ser ponderados. O novo ministro das Finanças parecia seguir um percurso de recusa do modelo de previdência social preconizado pela política do regime republicano<sup>206</sup>.

Para além desta suspensão legislativa, observa-se uma alteração no regulamento do funcionamento das associações de socorros mútuos, cerceando as suas actividades. Durante os 30 anos seguintes, o movimento mutualista sofreu uma sensível quebra, quer ao nível do número de associações, que ao nível do número de associados inscritos. O associativismo mutualista, bem como todas as restantes formas de associativismo livre eram consideradas, pelo regime, como subversivas e contrárias à ordem estabelecida, sendo assim indesejáveis<sup>207</sup>. Ao mesmo tempo, o Estado estagnava o investimento no I.S.S.O.P.G. e na previdência social. Estavam instaladas as condições propícias para a implementação do corporativismo, que o regime instauraria nos anos seguintes.

---

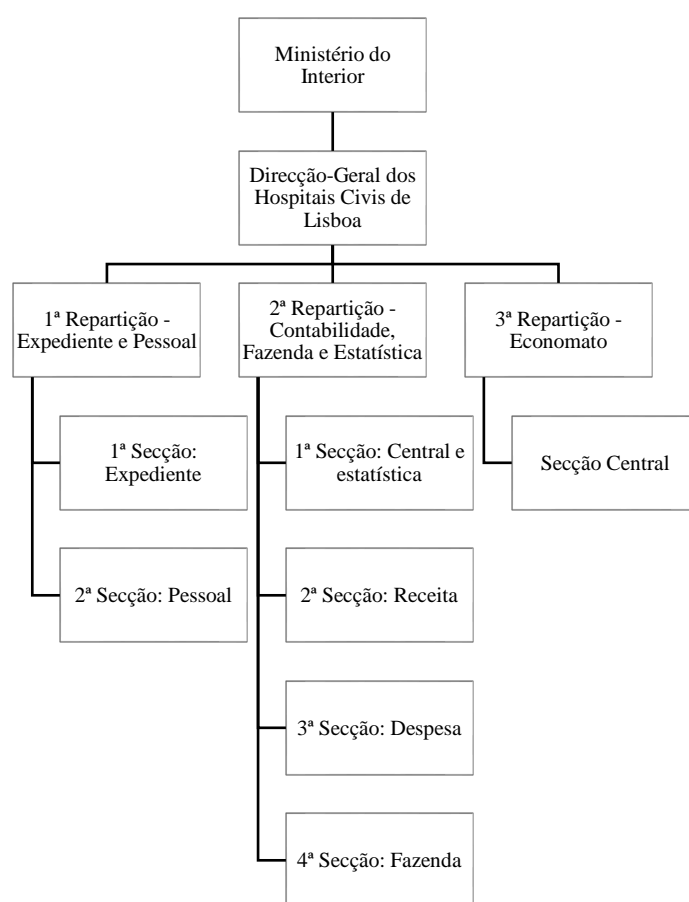
<sup>204</sup> Cf. DECRETO nº. 15342. *Diário do Governo, Série I*. 82 (1928-04-11).

<sup>205</sup> Cf. DECRETO nº. 15431. *Diário do Governo, Série I*. 103 (1928-05-07).

<sup>206</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 435.

<sup>207</sup> Cf. ROSENDO, Vasco, *op. cit.*, p. 271.

Por decreto de 21 de Maio de 1928, foi criada a *Comissão de Profilaxia da Tuberculose*, que funcionava junto da *Direcção-Geral de Assistência* e à qual competia o estudo de medidas a tomar no combate à tuberculose e a respectiva organização, divulgação científica e propaganda no combate à doença<sup>208</sup>. Da mesma forma, foi reorganizada a *Direcção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa*, que passava a ter uma secretaria à qual competia o expediente, informação, contabilidade e estatística de todos os negócios e serviços hospitalares, e compreendia três repartições: a 1ª Repartição ou de Expediente e pessoal, a 2ª Repartição ou de Contabilidade, fazenda e estatística e a 3ª Repartição ou de Econmato<sup>209</sup>.



**Org. 15:** Reorganização da *Direcção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa*, pelo Decreto nº. 17032 (1929).

Em 1930, foi publicada legislação que obrigava a que a hospitalização dos doentes vítimas de epidemias, bem como os doentes com doenças infecciosas “sujeitas a

<sup>208</sup> Cf. DECRETO nº. 15497. *Diário do Governo, Série I.* 116 (1928-05-23).

<sup>209</sup> Cf. DECRETO nº. 17032. *Diário do Governo, Série I.* 143 (1929-06-26).

repressão profiláctica”<sup>210</sup>, deveria ficar sob a superintendência e fiscalização da autoridade sanitária. Para tal, estavam vocacionados os pavilhões de isolamento do *Hospital do Rego*, que passou a denominar-se Curry Cabral, sendo os internamentos regulados por instruções elaboradas por mútuo acordo das Direcções-Gerais de Saúde e dos Hospitais Cíveis de Lisboa<sup>211</sup>. Apertava-se, pois, cada vez mais o cerco às doenças infecciosas.

Ainda em 1930, observa-se a produção de legislação que tendia à remodelação das condições de admissão dos doentes pobres e indigentes das clínicas gerais e especiais da *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*, no hospital escolar. Para tal, os doentes deveriam reunir um conjunto de condições: quando domiciliados no concelho de Lisboa, deviam apresentar atestado de indigência, declarando viverem há mais de um ano naquela cidade; atestar que não pagavam contribuição ao Estado e que não tinham recursos para pagar as suas despesas de assistência. Quando não vivessem em Lisboa, teriam de apresentar guias nas quais as respectivas câmaras municipais ou misericórdias se responsabilizassem pelas despesas de tratamento<sup>212</sup>. Em 1931, o ministro do Interior ordenava a formação de uma comissão composta por um conjunto de especialistas, encarregada de apresentar ao governo um projecto de reorganização dos serviços de combate à tuberculose, abrangendo os serviços a cargo da assistência particular<sup>213</sup>.

O Decreto nº. 20285, publicado em 1931, clarificava os princípios da *Direcção-Geral de Assistência*. Este organismo era considerado uma “pessoa moral com capacidade jurídica”<sup>214</sup>, sendo sua função a fiscalização dos serviços e estabelecimentos de assistência pública que estivessem na sua dependência, e a inspecção das misericórdias e outras instituições de assistência privada cuja tutela lhe pertencesse. Da mesma forma, a autorização para a criação de organismos de assistência particular carecia da confirmação prévia da referida Direcção. Pelo Decreto nº 19218, tornava possível, à *Direcção-Geral de Assistência* e ao ministro do Interior, o poder de nomeação e demissão dos corpos dirigentes das instituições de assistência particular

---

<sup>210</sup> Cf. DECRETO nº. 17844. *Diário do Governo*, I Série. 7 (1930-01-09).

<sup>211</sup> Ibidem.

<sup>212</sup> Cf. DECRETO nº. 18040. *Diário do Governo*, Série I. 52 (1930-03-05).

<sup>213</sup> Cf. DECRETO nº. 19217. *Diário do Governo*, Série I. 7 (1931-01-09).

<sup>214</sup> Cf. DECRETO nº. 20285. *Diário do Governo*, Série I. 206, (1931-09-07).

subsidiadas pelo governo, independentemente de qualquer formalidade<sup>215</sup>. Reconhecendo o importante papel da *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, o governo autorizava as câmaras municipais do continente e das ilhas autónomas a ceder, em 1932, a título gratuito e isento de formalidades, os terrenos indispensáveis à construção de preventórios, dispensários e sanatórios antituberculosos<sup>216</sup>.

De facto, podemos pois concluir que, até ao final do regime monárquico, não existiu uma clara separação entre assistência e saúde, sendo ambas as iniciativas essencialmente ponderadas como formas de caridade. Com a República notou-se uma separação orgânica entre estes dois âmbitos, com a criação de uma *Direcção-Geral de Saúde* e de uma *Direcção-Geral de Assistência*, ambas tuteladas pelo *Ministério do Interior*. A criação de uma *Direcção-Geral de Assistência* seria fruto da premissa constitucional que proclamava o direito dos portugueses à assistência pública, direito que, contudo, não se revelou universal, canalizado apenas para os cidadãos atestadamente mais pobres. De facto, mais do que alterações orgânicas de fundo, pelo menos até 1918, a implantação da República fomentou sobretudo uma mudança de nomenclatura de alguns ministérios e organismos, como foi o caso do *Ministério do Reino*, que passaria a ser designado por *Ministério do Interior*, ou do *Hospital de São José e Anexos*, que passaria a ser titulado por *Hospitais Civis de Lisboa*.

Neste âmbito da protecção social, observaram-se algumas alterações que se iniciaram com o governo de Sidónio Pais e a criação de um *Ministério do Trabalho*, que juntou sob a sua égide a *Direcção-Geral de Saúde* e a *Direcção-Geral de Assistência*, pensadas enquanto instituições de previdência. Toda esta visão, ao nível orgânico, de uma política social integrada, pareceu ter continuidade durante o governo de Domingos Pereira, que pretendia instituir um estado social novo, como o mesmo chegaria a publicar em legislação. Esta primeira tentativa de implementação de um programa de protecção social universal parte do contexto de crispação social posterior à Grande Guerra e à revolução bolchevique. Trata-se, contudo, de uma iniciativa cujo projecto de universalidade terá falhado, em parte, devido à estrutura do operariado português, como avança Raquel Varela, habituado a organizar-se em associações mutualistas, como

---

<sup>215</sup> Cf. DECRETO n.º. 19218. *Diário do Governo*, Série I. 7 (1931-01-09).

<sup>216</sup> Cf. DECRETO n.º. 21357. *Diário do Governo*, Série I. 137 (1932-06-14).

solução de protecção social, revelando um forte movimento associativo de classe e regional<sup>217</sup>.

Já durante o esvanecer da República, em 1925, a *Direcção-Geral de Assistência* desaparecia, dada a sua fusão com o I.S.S.O.P.G., para depois reaparecer em 1927, agregada novamente ao *Ministério do Interior*. Por seu turno, a *Direcção-Geral de Saúde* passava, a partir de 1925, a estar tutelada pelo *Ministério da Instrução Pública*, subordinação que duraria cerca de dois anos, uma vez que, em 1927, voltaria a ficar também sob a dependência do *Ministério do Interior*. É, da mesma forma, interessante verificar que, apesar das alterações de tutela ministerial, sentidas entre 1910 e 1933, por parte da *Direcção-Geral de Saúde* e da *Direcção-Geral de Assistência*, a *Direcção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa* nunca abandonou a égide do *Ministério do Interior*, desde a sua criação, em 1918, excepto durante um período de cerca de um ano, entre 1926 e 1927, quando foi tutelada pelo *Ministério das Finanças*.

A partir destes dados, corroboramos a grande maioria das conclusões retiradas por David Pereira na sua dissertação de doutoramento sobre as políticas sociais da I República. De facto, não se observou uma ruptura das políticas sociais de saúde e assistência entre o regime monárquico e o regime republicano. Em ambos os casos, observou-se um Estado com intervenção social limitada, canalizando os cuidados públicos para os indigentes e para os comprovadamente pobres, titulares de um atestado de pobreza<sup>218</sup>. De facto, este pendor assistencial aos mais pobres, expresso durante a I República, dava continuidade à política da monarquia constitucional, na qual a Igreja desempenhava um papel preponderante. Com o advento da República e a laicização do Estado, o papel da Igreja esvaneceu, pelo que foram implementadas medidas legislativas céleres, em que o Estado assumia claramente um papel centralizador. David Pereira afirma mesmo ter existido um enquadramento legal estigmatizante, em mercê de um projecto deliberadamente assistencialista com traços caritativos. No que era relativo à despesa pública com as áreas sociais, entre 1890 e 1933, observou-se um maior financiamento da assistência pública em comparação com a previdência social. O

---

<sup>217</sup> Cf. VARELA, Raquel – A «eugenização da força de trabalho» e o fim do pacto social. Notas para a história do trabalho, da segurança social e do Estado em Portugal. In Raquel Varela [coord.] – *A Segurança Social é Sustentável: Trabalho, Estado e Segurança Social em Portugal*. Lisboa: Bertrand Editora, 2013, p. 33.

<sup>218</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 462.

sistema manteve, contudo, um carácter supletivo, mantendo os contornos caritativos tão presentes durante o regime monárquico<sup>219</sup>.

Outra das formas de avaliar o impacto das políticas de saúde centra-se na observação dos respectivos índices sanitários referentes ao período em estudo. Por esse motivo, analisámos a evolução da taxa de mortalidade infantil, do número de nascimentos e do número de óbitos desde a implantação da República até ao início do Estado Novo. No respeitante à taxa de mortalidade infantil, podemos observar que entre 1911 e 1933 notou-se uma sequência de incrementos e recuos deste índice<sup>220</sup>, espelho de uma clara ausência de iniciativa política na área da saúde materno-infantil.

Em termos comparativos com as taxas de mortalidade infantil registadas em outros países europeus, podemos considerar que, em 1911, Portugal possuía uma taxa dentro da média europeia, inferior à registada na Holanda, Espanha, França e Alemanha<sup>221</sup>. Contudo, mesmo enfrentando uma conjuntura de guerra no seu território, países como a França e a Alemanha conseguiram diminuir drasticamente este índice sanitário. Portugal não conseguiu, no entanto, acompanhar estes países, registando grande dificuldade na redução desta taxa, quer durante a I República, quer durante a Ditadura Militar. Em 1933, em termos europeus, apenas a Roménia possuía uma mortalidade infantil por mil habitantes superior a Portugal<sup>222</sup>.

No que era relativo à taxa de mortalidade no nosso país, podemos considerar que, entre 1911 e 1923, não foi possível um decréscimo deste índice, chegando à cifra de 25 permilagem em 1919. Este período correspondeu à Grande Guerra e a anos de epidemias de tifo exantemático, ao qual se seguiu uma epidemia de febre pneumónica, que alastraria pela Europa e que seria bastante mortífera em Portugal. Estas epidemias foram, ainda, acompanhadas por surtos de varíola e difteria que pioraram a situação sanitária do país<sup>223</sup>. Só a partir de 1925, observamos um decréscimo sustentado da mortalidade.

---

<sup>219</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 470.

<sup>220</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal [1911-1933]*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1914-1934.

<sup>221</sup> Cf. MITCHELL, B.R. – *European Historical Statistics 1750-1970*. London: Macmillan Press, 1978, p. 39-44.

<sup>222</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 43.

<sup>223</sup> Cf. ALVES, Jorge Fernando; CARNEIRO, Marinha - *A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da Monarquia à Ditadura Militar)*, p. 47.

No respeitante à comparação entre a mortalidade registada em Portugal e em outros países europeus, observamos que os avanços e os recuos desta taxa, entre 1911 e 1923, são comuns à grande parte dos países europeus, em mercê da Grande Guerra e de um período de epidemias que se seguiria. Contudo, Portugal manter-se-ia, nos anos seguintes, no grupo de países com maior mortalidade. Em 1919, era o país da Europa Ocidental com maior taxa de mortalidade, embora esta viesse a decrescer nos anos seguintes. Em 1933, em termos europeus, só se morria mais na Roménia do que em Portugal. Anualmente, morria o dobro dos portugueses em comparação com os holandeses, estes últimos detentores de uma das menores taxas de mortalidade europeias. Contudo, a diferença entre Portugal e os outros países europeus era mais gritante ao nível da taxa de mortalidade infantil do que ao nível da taxa de mortalidade geral, chegando, a este nível, a aproximar-se de países como a Espanha e a França.

Em relação ao número de nascimentos em Portugal, entre 1910 e 1917 registou-se um comportamento ascendente, embora em 1919 se tenha verificado uma redução significativa. Entre 1920 e 1926 observou-se novo aumento, embora em 1927 se tenha verificado novo declínio, ao qual se seguiu um período de recuperação até 1933 (*vide* Gráfico 1)<sup>224</sup>.

De acordo com a opinião de Jorge Alves e Marinha Carneiro, a reforma sanitária da Ditadura não seria suficiente para originar um sistema de saúde pública capaz de dar respostas satisfatórias às necessidades da população, como provaria a persistência de altas taxas de mortalidade geral e de mortalidade infantil e baixos níveis de esperança de vida<sup>225</sup>. De facto, como Jorge Alves sustenta, este sistema de saúde era muito centrado em Lisboa, ficando o restante território nacional à mercê da iniciativa particular e da acção das misericórdias. Da mesma forma, se notava a insuficiência dos estabelecimentos estatais para a assistência materno-infantil e para o auxílio aos doentes contagiosos<sup>226</sup>. Como o próprio autor afirma, “podemos, assim, equacionar a saúde

---

<sup>224</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: [1910-1933]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1913-1934].

<sup>225</sup> Cf. ALVES, Jorge Fernando; CARNEIRO, Marinha - *A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da Monarquia à Ditadura Militar)*, p. 49.

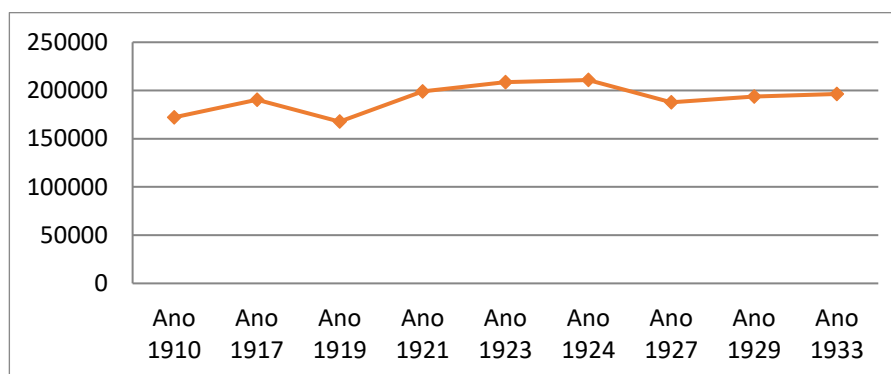
<sup>226</sup> Cf. ALVES, Jorge - *Saúde e Fraternidade: A Saúde Pública na I República*. In GARNEL, Maria Rita (coord.) – *Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da I República*. Lisboa: C.N.C.C.R., 2010, p. 128.



pública durante a I República essencialmente como um discurso onde sobreleva a legislação em detrimento da acção”<sup>227</sup>.

	PT	IT	HL	NRG	RMN	BLG	SP	SW	UK	FR	AL	DNM	FL	SE
1911	134	157	137	65	-	156	162	123	130	155	192	105	114	72
1913	160	138	91	64	233	-	155	96	108	112	151	92	113	70
1915	148	148	87	67	199	-	152	90	110	123	148	93	115	76
1917	148	159	87	64	-	-	155	79	96	129	149	99	118	65
1919	182	129	93	62	-	110	156	82	89	125	145	91	134	70
1921	148	131	85	54	200	183	147	74	83	121	134	77	95	64
1923	164	129	66	50	207	165	148	61	69	102	131	85	92	56
1925	132	119	58	50	192	152	137	58	75	95	105	80	85	56
1927	142	120	59	51	209	168	127	57	70	88	97	84	97	60
1929	151	125	59	54	197	156	123	52	74	100	97	83	98	59
1931	141	113	49	46	180	156	117	49	66	80	83	81	75	57
1933	149	100	43	48	174	146	112	48	63	78	77	68	76	50

**Tab. 1:** Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (1911-1933) – em per milagem<sup>228</sup> [PT: Portugal; IT: Itália; HL: Holanda; NRG: Noruega; RMN: Roménia; BLG: Bulgária; SP: Espanha; SW: Suíça; UK: Reino Unido; FR: França; AL: Alemanha; DNM: Dinamarca; FL: Finlândia; SE: Suécia, - sem informação de valor ].

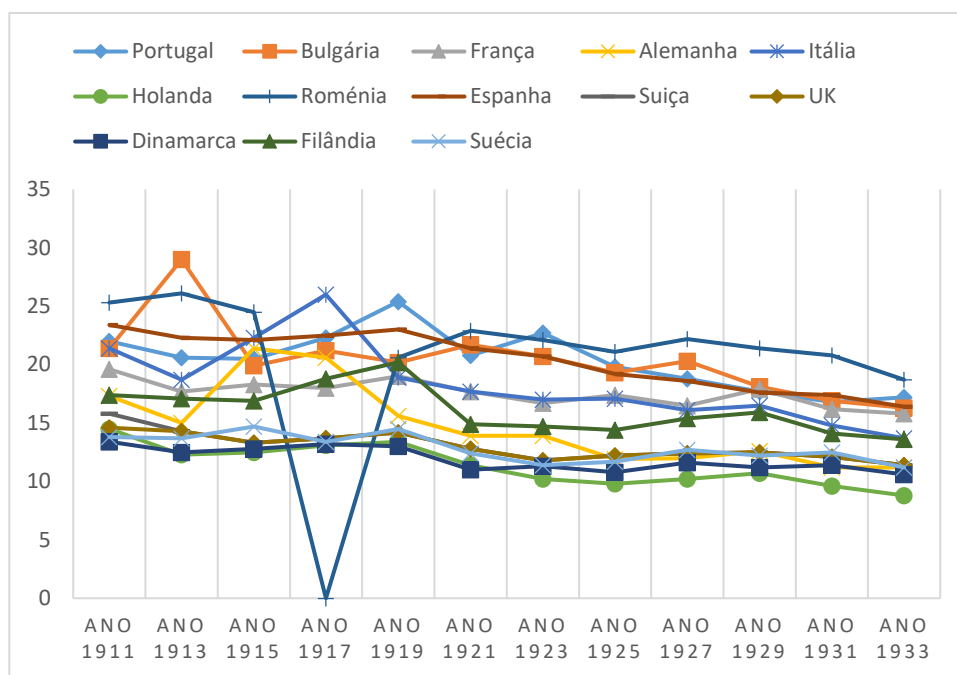


**Gráf. 1:** Evolução do total de nascimentos, em Portugal, entre 1910 e 1933 [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1911-1934)]<sup>229</sup>.

<sup>227</sup>Cf. ALVES, Jorge - Saúde e Fraternidade: A Saúde Pública na I República, p. 129.

<sup>228</sup> Cf. MITCHELL, B.R, *op. cit.*, p. 43.

<sup>229</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 2:** Evolução da taxa de mortalidade na Europa, entre 1911 e 1933 – em mil por mil

[Fonte: MITCHELL, B.R., *op. cit.*, p. 26-30]<sup>230</sup>.

Miriam Halpern Pereira aponta, claramente, o período da I República, nomeadamente a partir de 1919, com a criação de seguros sociais obrigatórios, como o período de origem do Estado-Providência em Portugal<sup>231</sup>. Contudo, David Pereira, na sua dissertação de doutoramento sobre as políticas sociais em Portugal entre 1910 e 1933, da qual temos vindo a fazer referência, afirma que embora este período se reporte à “primeira idade das políticas sociais definidas pelos Estados”<sup>232</sup>, não lhe parece a situação portuguesa minimamente enquadrável num plano de Estado Social, concebido segundo a definição de Asa Briggs, segundo a qual o Estado Social é observado enquanto um Estado em que o poder organizado é utilizado no sentido de modificar as forças de mercado garantindo um rendimento mínimo aos indivíduos, reduzindo o nível de insegurança social e assegurando que todos os cidadãos, independentemente da sua classe social, usufruam de melhores serviços sociais. Na verdade, os dados demonstram que a saúde da população, durante este período, constitui uma função de responsabilidade individual ou familiar, que começa, paulatinamente, a ser apoiada pelo Estado, mas que ainda não se confunde com Saúde Pública.

<sup>230</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>231</sup>Cf. PEREIRA, Miriam Halpern - *As Origens do Estado-Providência em Portugal: As Novas Fronteiras entre Público e Privado*, p. 47-76.

<sup>232</sup> Cf. PEREIRA, David, *op. cit.*, p. 10.

## **CAPÍTULO 2**

### **A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA DURANTE O ESTADO NOVO (1933-1968)**



Após esta reflexão inicial sobre a evolução orgânica, política, constitucional dos sectores da saúde e da assistência, considerados em conjunto devido ao seu carácter indissociável durante este período, analisaremos, continuamente, a evolução do sector durante o Estado Novo de Salazar.

## **2.1. A Fase Inicial do Regime (1933-1939)**

No início da década de trinta do século XX, a adopção de sistemas de seguros sociais de complexidade diferenciada por alguns países, colocava em evidência a carga social e financeira inerente à doença e ao seu tratamento. Em 1939, um terço dos franceses estava coberto por um seguro social na doença e, a partir de 1941, os hospitais públicos passariam a ficar abertos a todos os cidadãos<sup>233</sup>. No Reino Unido, a organização dos serviços de saúde tinha início em 1941, com base num agendamento político decorrente da década de 1930. Tornava-se urgente a implementação de um serviço de saúde aberto a toda a população e a organização de clínicos gerais em centros de saúde, articulados com hospitais locais<sup>234</sup>. Como podemos constatar, enquanto alguns países europeus começavam a encarar a saúde das populações como um dever do Estado, o governo português não partilhava tal mundividência, baseando a sua acção essencialmente na promoção e na fiscalização das instituições privadas de assistência.

O discurso de Salazar proferido em 1922, enquanto provedor da *Misericórdia de Coimbra*, parece resumir o seu pensamento em relação à saúde e à assistência: “Deus nos livre que o Estado pretendesse substituir-se às velhas instituições portuguesas, fazendo por si a assistência. A oficialização da caridade seria a sua destruição, pela incomparável carestia da máquina burocrática, pela ingerência descabida e corrosiva da

---

<sup>233</sup> Cf. ROCHAIX, M. – *Les questions hospitalières: de la fin de l’Ancien Régime à nos jours*. Paris: Berger-Levrault, 1996, p. 235.

<sup>234</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge, *op. cit.*, p. 40.

política, pela falta da fina sensibilidade moral que deve acompanhar o bem-fazer, sob pena de se transformar num vexame para a necessidade alheia, ou no árido cumprimento de uma obrigação legal que perigosamente eleva a miséria à categoria de uma fonte de direitos sobre a riqueza comum”<sup>235</sup>.

A doutrina antiliberal, antidemocrática e antissocialista do novo regime e a defesa da colaboração entre o capital e o trabalho para a concretização do bem colectivo eram baseadas, essencialmente, na encíclica *Rerum Novarum* do Papa Leão XIII, o mais importante documento do catolicismo social, e na encíclica *Quadragesimo Anno* do Papa Pio XI, datada de 1931<sup>236</sup>. Por seu turno, segundo Marcello Caetano, as fontes para a Constituição de 1933, plebiscitada a 19 de Março daquele ano seriam a *Carta Constitucional*, a *Constituição de 1911*, a *Constituição Alemã de Weimar* (1919), sobretudo quanto às noções de família, sociedade e economia, bem como a herança institucional da Ditadura Militar<sup>237</sup>.

Uma das primeiras medidas legislativas, em termos de assistência, do Estado Novo, regulava o pagamento, por parte das câmaras municipais, dos tratamentos dos doentes pobres nos hospitais. O tratamento destes doentes necessitados constituía encargo da câmara municipal do concelho onde residissem há mais de 5 anos consecutivos ou, se se não verificasse a hipótese anterior, da câmara municipal de onde fossem naturais. Consideravam-se “doentes pobres” os indigentes e os indivíduos que vivessem exclusivamente do seu trabalho e dele auferissem apenas o “indispensável para a sua manutenção”, bem como as pessoas a seu cargo, “se nem uns nem outros tiverem cônjuge, ascendente ou descendente com bens suficientes para fazer face às despesas de tratamento”<sup>238</sup>.

Esta legislação seria produzida no sentido de não ser necessário chegar à “desumanidade de não dar entrada nos hospitais a pessoas acometidas de doenças que põem em perigo a sua saúde ou a saúde pública”<sup>239</sup>. Observava-se, pois, uma necessidade de pagamento das despesas de saúde aos doentes pobres não apenas por

---

<sup>235</sup> Cf. PORTUGAL, PRESIDENTE DO CONSELHO – *Discursos e Notas Políticas*. Coimbra: Coimbra Editora, [1950], p. 221.

<sup>236</sup> Cf. ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas secretas (1932-1968)*. [Lisboa]: Círculo de Leitores, 1993, p. 18.

<sup>237</sup> Cf. CAETANO, Marcello – *A Constituição de 1933: Estudo de Direito Político*. Coimbra: Coimbra Editora, 1967, p. 8.

<sup>238</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 23348. *Diário do Governo, Série I*. 284 (1933-12-13).

<sup>239</sup> *Ibidem*.

uma questão de caridade, mas por uma questão de saúde pública. No início do Estado Novo, o pobre não era apenas aquele que não tinha acesso ao mundo do trabalho por questões de velhice, invalidez ou doença, mas também aquele que trabalhando não auferia rendimentos para gastos superiores aos básicos de sobrevivência.

No nosso país, as convulsões políticas da I República, com uma sucessão vertiginosa de poderes, a participação na Grande Guerra e as suas repercussões, a agitação social e os permanentes problemas financeiros do Estado, relegaram para um plano secundário as preocupações do Estado em matéria de saúde pública. Por outro lado, uma população empobrecida, iletrada e rural não possuía uma percepção dos cuidados de saúde e de higiene indispensáveis para uma vivência saudável, apenas circulantes no seio das elites urbanas. O panorama português, em termos de saúde pública era, pois deveras preocupante.

Nesse sentido, logo desde 1931, o então director-geral de saúde, José Alberto de Faria<sup>240</sup>, mostrou-se disposto a conseguir a cooperação da *Fundação Rockefeller*, de modo a tentar angariar um subsídio concedido pela instituição. Nesse sentido, orientou as iniciativas da *Direcção-Geral de Saúde*, adaptando-a às regras internacionais, de modo a poder candidatar-se a um fundo. Com o patrocínio de Salazar, José Alberto de Faria entregou a candidatura, na esperança de que os serviços da *Direcção-Geral de Saúde* pudessem ser melhorados e alargados. Contudo, por parte da *Fundação Rockefeller*, recebeu uma resposta cautelosa, observando um maior interesse da *Fundação* na atribuição de bolsas visando a investigação científica<sup>241</sup>.

A malária e o seu controlo seria, no entanto, a porta de entrada desta Fundação em Portugal, em termos de organização da saúde pública, apesar da existência de outros problemas mais preocupantes a este nível, como a tuberculose ou a alta taxa de mortalidade infantil, como veremos posteriormente. Estes eram, contudo, problemas

---

<sup>240</sup> **José Alberto de Faria:** médico e higienista, nascido em Lisboa, em 1888. Formou-se em Medicina na *Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*, em 1911. Em 1913, tornou-se médico dos *Hospitais Cívicos*, exercendo clínica na capital. Cedo entrou para os serviços de saúde pública, onde exerceu uma brilhante carreira, como subdelegado de saúde, a partir de 1914. Em 1926 foi nomeado inspector-chefe de Epidemias e Profilaxia de Moléstias Infecciosas. Em 1928 ocupou o cargo de director-geral de Saúde, por aposentação de Ricardo Jorge. Foi delegado de Portugal em organizações sanitárias internacionais e nas conferências e congressos respeitantes à Higiene Pública e Medicina Preventiva. Presidiu ao *Conselho Superior de Higiene*, em 1944, à *Junta Sanitária de Águas* e ao *Instituto Maternal*. Vide FARIA, José Alberto de. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa, Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, vol. X (1944), p. 918-919.

<sup>241</sup> Cf. SAAVEDRA, Mónica, *op. cit.*, p. 181.

com forte pendor social, preteridos pela Fundação, sem recursos técnicos ou terapêuticos para lhes fazer frente. A malária era, contudo, uma porta de entrada para expandir os serviços de saúde às zonas rurais<sup>242</sup>.

Contudo, ao longo da década de trinta, a *Fundação Rockefeller* mostrava-se descontente com a sua acção em Portugal, cada vez mais contrária à política sanitária do regime. A orientação corporativa do Estado português, supletiva da assistência privada, a nível sanitário, assumindo apenas um papel fiscalizador, mostrava-se oposta ao objectivo da *Fundação*, de um envolvimento e investimento crescente do governo nos serviços de saúde pública. Em 1941, a Fundação retirou-se de Portugal na sequência da II Guerra Mundial, não sem antes apresentar um relatório final onde considerava que Portugal era um dos países mais atrasados do mundo, em termos de saúde pública<sup>243</sup>.

### 2.1.1. O I Congresso da União Nacional

Foi, contudo, durante o *I Congresso da União Nacional*, realizado entre 26 e 28 de Maio de 1934, que se discutiu, pela primeira vez, no seio do novo regime, a assistência pública. Para tal, foi nomeada uma subsecção, a 5ª subsecção de “Saúde e Assistência”. Bissaya Barreto<sup>244</sup>, responsável pela dissertação apresentada àquele congresso, intitulada *Medicina Social – Necessidade e urgência da sua organização em Portugal*, alertava para que o objetivo primordial do governo, ao nível da saúde, deveria ser o de tratar o maior número de doentes e o de impedir o aparecimento e desenvolvimento das doenças. Nesse aspecto, o cirurgião era o maior defensor da “Medicina Preventiva”, constituída por “todas as medidas positivas, capazes de defender directamente a saúde dos indivíduos, evitando o aparecimento da doença ou,

---

<sup>242</sup> Cf. SAAVEDRA, Mónica, *op. cit.*, p. 191.

<sup>243</sup> IDEM, *ibidem*, p. 198.

<sup>244</sup> **Fernando Baeta Bissaya Barreto Rosa (1886-1974)**: médico, cirurgião e político, nasceu em Castanheira de Pêra e formou-se em Filosofia na *Universidade de Coimbra*. Em 1913, terminou os seus estudos de medicina na *Faculdade de Medicina* da mesma universidade, tendo sido colega de António Oliveira Salazar. Foi professor na *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra* e grande propulsor da assistência aos tuberculosos e desvalidos de Coimbra. À sua acção se deve a construção dos *Sanatórios de Covões e de Celas*, do *Hospital Pediátrico de Coimbra* e do *Hospital Geral*, da *Maternidade Bissaya Barreto*, do *Hospital Sobral Cid* e do *Hospital Psiquiátrico de Lorvão*. Como cirurgião, percorreu o país, operando em zonas rurais. Em Novembro de 1958, criou uma fundação, em Coimbra, com o seu nome, cidade onde criaria a *Escola Normal Social* e o *Portugal dos Pequenos*. Em 1963, foi eleito provedor da *Santa Casa da Misericórdia de Coimbra*. Cf. BISSAIA BARRETO, Fernando. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. IV, p. 751.



pelo menos, detendo o seu desenvolvimento, de maneira a atenuar a sua gravidade e evitar complicações a que podem dar lugar”<sup>245</sup>. Para tal, o médico aconselhava a organização de um “armamento completo médico-higiênico”<sup>246</sup> que coordenasse e desse método aos esforços dos poderes públicos, dos médicos, das obras particulares e de outras entidades.

Da mesma forma, Bissaya Barreto ressaltava a importância da “Medicina Social”, por vezes encarada com descrença, como a base de toda a organização sanitária, que assentasse em bases científicas e cujo progresso estivesse ligado aos progressos do “Estado Social”, e ao “desenvolvimento moral e científico dos povos”<sup>247</sup>. Segundo ele, era necessário criar o “apostolado da Medicina Social”<sup>248</sup>. Para tal era necessária uma organização que promovesse medidas de saneamento, a educação das famílias e a assistência aos doentes, às famílias e aos filhos, criando uma “religião da Higiene e da Profilaxia”<sup>249</sup>. No seio destas considerações, o médico fazia, ainda, a apologia da importância do papel inconfundível e insubstituível da mulher, defendendo que esta deveria ser a base da criação de um serviço social.

Outra das teses apresentadas ao *I Congresso da União Nacional* era da autoria da Condessa de Rivas<sup>250</sup>, mais tarde uma das principais dirigentes da *Obra das Mães para a Educação Nacional*. Nesse documento, a Condessa clarificava o conceito de “assistência técnica”, como toda a assistência que lutava com meios científicos para o tratamento, melhoramento ou cura de “várias taras, físicas, psíquicas e sociais”<sup>251</sup>.

---

<sup>245</sup> Cf. BISSAYA BARRETO - Medicina Social: Necessidade e urgência da sua organização em Portugal. In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol., p. 137.

<sup>246</sup> IDEM - *Ibidem*, p.137.

<sup>247</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 138.

<sup>248</sup> IDEM – *Ibidem*, p.141.

<sup>249</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 140.

<sup>250</sup> **Condessa de Rivas – Elisabeth Marie Caroline d’Albignac Bandeira de Melo (1871-1945)**: filha de Fernand Honoré François Aymar, marquês d’Albignac, de nacionalidade francesa, nasceu em 1871 e casou, em 1898, em Paris, com Simão Hipólito Calça e Pina Bandeira de Melo, 4º Conde de Rivas, secretário da Legação de Portugal naquela cidade. O casal regressou a Portugal, período durante o qual a Condessa se dedicou a obras de assistência infantil, fundando em 1917, as *Florinhas da Rua*, organização para recuperação das raparigas da rua. Monárquica e católica, foi convidada por Salazar para intervir no I Congresso da União Nacional. A partir de 1936, foi a principal dirigente da *Obra das Mães para a Educação Nacional*. Foi, ainda, honorariamente, a dirigente máxima da *Mocidade Portuguesa Feminina*. Pelo seu trabalho assistencial foi condecorada pelo Sumo Pontífice com a medalha *Pro Ecclesia et Pontifice*, com a *Reconnaissance Française*, com a grã-cruz da Benemerência e com a Ordem de Cristo. Cf. PIMENTEL, Irene Flunser – *A cada um o seu lugar: A política feminina do Estado Novo*, p. 150.

<sup>251</sup> Cf. CONDESSA DE RILVAS - A assistência técnica. In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol., p. 170.

Nesse sentido, a “assistência técnica” era dividida em assistência médica, assistência médica a anormais físicos, assistência médica a anormais psíquicos, assistência médica a anormais sociais, assistência médica educativa e assistência médica social. Segundo Elisabeth Bandeira de Melo, a assistência médica era a que estava mais bem organizada em Portugal, pelo Estado, pelas misericórdias, e por outros estabelecimentos de assistência particular. Por seu turno, a assistência social era ainda rudimentar. Por tal, em sua opinião, era necessário um entendimento entre as várias assistências para que se conseguisse uma organização cabal, o aperfeiçoamento das instituições já existentes, sendo o internato a solução última, e o desenvolvimento das instituições necessárias. Defendendo a assistência preventiva, a Condessa de Rivas pensava, porém, que devia ser reduzido, tanto quanto possível, o papel da assistência pública, substituindo-lhe paulatinamente instituições de previdência, higiene e progresso social. Concluindo a sua dissertação, a Condessa aconselhava a subsidiação das obras de assistência técnica e as obras sociais que se mostrassem mais úteis e o desenvolvimento da assistência social, favorecendo a criação de uma escola de serviço social<sup>252</sup>.

Da autoria de António Lopes Rodrigues<sup>253</sup>, seria a tese intitulada “A Assistência Pública e a Assistência Particular”, também apresentada no *I Congresso da União Nacional*. Nela, o autor é o primeiro a sugerir a criação de um *Ministério da Assistência e Saúde Pública*, ao qual ficassem subordinados todos os assuntos de assistência pública e privada, sem qualquer tipo de sujeição a outras entidades administrativas. Junto desse ministério deveriam, segundo o seu modelo, funcionar duas direcções gerais: a *Direcção-Geral de Saúde* e a *Direcção-Geral de Assistência*.

Em relação ao papel do Estado, o médico defendia que este não deveria absorver todos os serviços de assistência, pois tal “atrofia e aniquila as iniciativas particulares, sendo delas o seu maior inimigo”<sup>254</sup>. O autor adiantava, ainda, que a ideia de oficializar toda a assistência, “de acordo com as ideias socialistas e comunistas”<sup>255</sup>, devia ser substituída pela ideia oposta de entregar a assistência pública aos organismos privados, conforme ditava a *Constituição do Estado Novo* nos artigos 14º e 15º. Para tal, conviria

---

<sup>252</sup> Cf. CONDESSA DE RILVAS, *op. cit.*, p. 183.

<sup>253</sup> **António Elísio Lopes Rodrigues**: médico. Em 1956, era director da *Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal* e assistente interino do I.A.N.T.

<sup>254</sup> RODRIGUES, António Lopes – Assistência pública e assistência particular. In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 188.

<sup>255</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 189.

criar estabelecimentos de assistência privada, de fundação regional, bairristas, únicos capazes de estimular o espírito tradicional da caridade, a sua principal fonte de receita. António Lopes Rodrigues era, da mesma forma, contrário à construção de hospitais pelo Estado, pois se tornariam “sorvedouros de créditos públicos” e encetariam a “industrialização da medicina”, fazendo desaparecer as tradicionais instituições de assistência<sup>256</sup>.

Tendo em consideração as dissertações apresentadas ao *I Congresso da União Nacional*, a 5ª subsecção “Saúde e Assistência” concluiu que seria desejável que fossem lançadas as bases para a organização da “assistência médico-social” contra a tuberculose, o cancro, a loucura, as doenças venéreas, o alcoolismo, a lepra e o paludismo. Apoiava a criação de escolas de serviço social em Lisboa, Porto e Coimbra, onde deveriam ser, ainda, criados centros de medicina preventiva, de demonstração sanitária e ser generalizado o ensino da educação profilática<sup>257</sup>.

No sentido de se reorganizarem os serviços de assistência, pensava-se necessária a criação de um conselho superior de orientação para cada modalidade de assistência com uma autonomia condicionada pela fiscalização do Estado. Dever-se-ia, ainda, proceder ao aproveitamento, à sistematização e à actualização dos diferentes tipos de assistência privada, integrando-os no plano de assistência respectiva. Para uma melhor organização dos serviços, esta subsecção considerava importante a organização de um censo da população necessitada, encarado sob o aspecto físico, moral, mental e económico. Da mesma forma, considerava necessário proceder-se à elaboração de um cadastro dos estabelecimentos de assistência privada.

Às misericórdias devia ser conservado, segundo as conclusões proferidas, o seu espírito tradicional, os seus privilégios, procurando a sua valorização. Era ainda reconhecida a necessidade de cooperação das casas do povo, dos organismos administrativos, das misericórdias e de outras instituições de assistência pública e privada. A promoção da construção de hospitais de assistência pública nos três centros universitários e a organização de uma obra de protecção às mães e às crianças em todo o país, era outra das conclusões propostas pela subsecção. No fundo, concluía: “que a solução do problema de Saúde e de Assistência tenha uma única directriz: a protecção

---

<sup>256</sup> RODRIGUES, António Lopes, *op. cit.*, p. 189.

<sup>257</sup> CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 397-398.

dos fracos, o aperfeiçoamento moral do indivíduo, a defesa contra a doença, o amparo dos desprotegidos, e tudo a Bem da Nação”<sup>258</sup>.

Neste congresso ficou, pois, claramente definido o papel “supletivo” do Estado relativamente aos particulares. Era, pois, aos particulares, que o Estado Novo deixava espaço no sentido de suprir uma necessidade sentida por uma população essencialmente pobre, rural e maioritariamente analfabeta. Em Portugal, a *Constituição do Estado Novo*<sup>259</sup>, promulgada em 1933, ao contrário da sua antecessora, não possuía qualquer referência que explicitasse o direito dos cidadãos à assistência pública de saúde, embora parecesse fazê-lo de uma forma subliminar, garantindo caber ao Estado “coordenar, impulsionar e dirigir todas as actividades sociais”, no sentido de “defender a saúde pública, proteger a maternidade”<sup>260</sup>, em consonância com o redigido no *Estatuto do Trabalho Nacional*.

O *Estatuto do Trabalho Nacional*, documento elaborado por Pedro Teotónio Pereira, pretendia ser o regulamento-chave dos trabalhadores portugueses. Através dele ficaria instaurada a repressão do sindicalismo autónomo, a proibição de greves e a resolução de conflitos pelo compromisso e pela negociação. Era claramente inspirado na *Carta del Lavoro* de Mussolini e parecia dela traduzir alguma doutrina e organização<sup>261</sup>. Note-se que no artigo 7º do referido *Estatuto*, o Estado auto-proclamava o seu direito e obrigação de coordenar e regular superiormente a vida económica e social<sup>262</sup>. Contudo, o que de facto se observou com a subida de Salazar ao poder, segundo Irene Pimentel, foi uma ruptura ideológica com as concepções republicano-liberais de direito à assistência pública<sup>263</sup>.

---

<sup>258</sup> CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*, p. 397-398.

<sup>259</sup> Cf. PORTUGAL - *Constituição Política da República Portuguesa: Aprovada pelo Plebiscito Nacional de 19 de Março de 1933*. 10ªed, Lisboa: [s.n.], 1955.

<sup>260</sup> Cf. DECRETO nº. 22241. *Diário do Governo, Série I, Suplemento*. 43 (1933-02-22).

<sup>261</sup> Cf. CAETANO, Marcello – *O sistema corporativo*, p. 28.

<sup>262</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 23048. *Diário do Governo, Série I*. 217 (1933-09-23).

<sup>263</sup> Cf. PIMENTEL, Irene Flunser - A Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos Anos 30 e 40. In *Análise Social*, vol. XXXIV (151-152), 1999, p. 477.

### 2.1.2. O Debate Ideológico

Contudo, o tema da assistência mantinha-se na ordem do dia. De 26 de Novembro de 1932, data uma carta do engenheiro Carlos Santos a Oliveira Salazar. Nela, o engenheiro fazia sentir o seu entusiasmo pelo discurso de Salazar no acto de posse dos corpos dirigentes da *União Nacional*, ao ponto de aconselhar o ministro para a formação de uma comissão que viesse a elaborar um projecto de reforma da assistência<sup>264</sup>. Em 1934, o ex-presidente da *Junta Geral do Distrito de Lisboa* apresentava a Salazar uma tese intitulada *O Problema da Assistência em Portugal: males e remédios*. Segundo o documento, a assistência em Portugal estava afastada das concepções consideradas modernas, pois faltava-lhe um plano uniforme de realizações. Contudo, a assistência era observada com extrema importância, porque só através dela e da higiene era possível “assegurar a continuidade da nossa raça”<sup>265</sup>.

O engenheiro observava que, no nosso país, as crianças, os velhos e os loucos ao abandono eram aos milhares. As casas de assistência - públicas, privadas ou subsidiadas - viviam uma vida aflitiva, “exercendo a sua acção de uma forma antiquada, sem finalidade social a não ser recolher os seus protegidos ignorando a moderna e útil ciência que é a assistência social”<sup>266</sup>. Da mesma forma, a assistência estava entregue a um grande número de entidades, que trabalhavam de forma isolada, sem método, sem coesão, e “com uma multiplicidade inútil de serviços”<sup>267</sup>.

Nesse sentido, Carlos Santos recomendava a transformação da assistência numa “assistência social”. Por isso, convinha suscitar o interesse de maior número de particulares pela assistência, para alcançar dela uma forma de assistência social especialmente própria para a assistência particular: “a assistência moral em todas as suas modalidades”<sup>268</sup>. Da mesma forma, o engenheiro apontava a necessidade da criação de um serviço social propriamente dito, para a ligação e melhor aproveitamento de todas as instituições de assistência existentes, devendo a assistência estar subordinada a um subsecretariado regido por um código de assistência social. O político apontava, ainda, a necessidade de aplicação e desenvolvimento da puericultura, como preocupação de todos os estados cultos.

---

<sup>264</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar/ CO/IN – 9-1, pt. 12.

<sup>265</sup> IDEM – *Ibidem*, pt. 16.

<sup>266</sup> IDEM – *Ibidem*, pt. 16.

<sup>267</sup> IDEM – *Ibidem*, pt. 16.

<sup>268</sup> IDEM – *Ibidem*, pt. 16.

De 1933, data um documento da autoria de Salazar, intitulado *Nota Oficiosa do Ministro das Finanças*, um resumo sobre a sua opinião em relação à situação sanitária do país. Reconhece, em primeiro lugar, a falta de informação a este nível, existindo apenas números, embora escassos, referentes à região de Lisboa. A situação sanitária era, pois, na fase inicial do Estado Novo, uma situação desconhecida. Salazar não concordava que fosse o Estado a suprir os *deficits* dos hospitais. “Sou inimigo irreconciliável deste sistema”, afirmava o Presidente do Conselho, “e só por não haver elementos seguros para melhor solução, ele se tem aguentado”<sup>269</sup>.

Salazar discordava com o sistema português, no qual um indivíduo, fosse qual fosse o seu grau de fortuna ou os seus rendimentos, tivesse o direito de ser hospitalizado inteiramente, ou em grande parte, à custa do Estado. O presidente do Conselho considerava o sistema “ francamente mau”, responsável pelas dificuldades no desenvolvimento da assistência hospitalar. Concebia-se, segundo ele, que a hospitalização fosse paga pelos que a recebessem, possuindo meios para tal. Contudo, defendia que aos ricos deveria ser pedido um suplemento de custo, uma espécie de imposto a favor dos pobres. Estes últimos, por não poderem pagar, o Estado ou as autarquias locais deveriam suportar o encargo das hospitalizações não coberto pelo produto das receitas anteriores<sup>270</sup>.

Segundo o governante, ao Estado apenas haveria de caber uma quota-parte do pagamento do custo da cama dos pobres e indigentes efectivamente hospitalizados. Os doentes tuberculosos, por seu turno, não deveriam ser tratados nos hospitais civis, colocando a responsabilidade na *Assistência Nacional aos Tuberculosos*. No que era relativo aos leprosos, havia consciência da não existência de instalações adequadas para o seu isolamento ou tratamento. Por tal, Salazar sentia a necessidade de lançar a construção de um misto de hospital e asilo com esse objectivo. No que era relativo aos incuráveis e aos convalescentes, era, da mesma forma, sentida a necessidade da construção de um hospício, instituições de menor custo que descongestionassem os hospitais<sup>271</sup>.

---

<sup>269</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar/ CO/PC – 2B, pt. 14.

<sup>270</sup> IDEM – *Ibidem*, pt. 14.

<sup>271</sup> IDEM – *Ibidem*, pt. 14.

De 1935 data uma carta de Eurico Cameira<sup>272</sup>, antigo ministro do Trabalho e Previdência Social do governo de João Tamagnini Barbosa, ao ministro do Interior, Henrique Linhares de Lima<sup>273</sup>, intitulada *Esboço das Ideias-Mestras de Sidónio sobre Assistência Pública (adaptadas ao momento actual)*. Num rasgo de saudosismo por Sidónio Pais, na sua opinião, a pedra fundamental do sistema consistia nas misericórdias, devendo tudo ser construído sobre elas “e depois, detalhe a detalhe ir-lhe[s] adaptando sucessivamente o existente e o que se criar”<sup>274</sup>. Segundo a sua visão, a assistência pública parecia burocratizada e quase anquilosada. Por isso, nas suas palavras, “a assistência deve ser assistência para todos os portugueses”<sup>275</sup>. O sistema que preconizava tendia a desenvolver o espírito de iniciativa das autarquias locais, encaminhando-o para um fim “altruísta e humano”, que ligaria “por um laço de afectuoso carinho” os cidadãos ao Estado e aos nomes que o administravam. Previa, na verdade, revigorar o espírito nacionalista e alargar a sua amplitude, através da educação da primeira infância, “e criar novas almas e novos corações”<sup>276</sup>.

Conforme consta no preambulo do Decreto-Lei nº. 27610, em 1937, Salazar sentiu, ele próprio, necessidade de reformar profundamente os serviços de assistência, pois a “opinião pública” assim o reclamava. Cabia, pois, à missão do Estado Novo, uma obra de “renovação nacional”, na qual a assistência desempenhava um importante papel<sup>277</sup>. Contudo, o novo regime defendia que a solução para esta necessidade residia no desenvolvimento de formas privadas de assistência, considerando os organismos

---

<sup>272</sup> **Eurico Máximo Cameira Coelho e Sousa (1885-1938)**: oficial do Exército e político. Com Sidónio Pais e Feliciano da Costa foi uma das figuras principais da revolução de 5 de Dezembro de 1917. Quando Sidónio Pais ocupou a chefia da nação, o capitão Cameira foi um dos seus colaboradores mais devotados como ministro do Trabalho e director da *Caixa Geral de Depósitos*. Esteve ao lado do presidente quando este foi morto a tiro na Estação do Rossio. Eclodindo o movimento monárquico do Norte do país, Eurico Cameira tomou parte activa na sua repressão. Em 1930 passou à situação de reforma e foi depois director do *Matadouro Municipal do Porto*. Cf. CAMEIRA, Eurico. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.], vol. V, p. 585.

<sup>273</sup> **Henrique Linhares de Lima (1876-1953)**: oficial do Exército. Foi membro da *Comissão Consultiva da União Nacional*, Ministro da Agricultura entre 1929 e 1932, presidente da *Câmara Municipal de Lisboa* (1933-1934) e Ministro do Interior entre 1934 e 1936. Em 1949 quando do 20º aniversário da promulgação do decreto que instituiu a campanha do trigo, foi alvo de homenagem pública que a lavoura cerealífera lhe prestou. Publicou, em 1948, *Vultos e Sombras Medievais* e fundou o *Correio de Lisboa* e as Revistas *Portugal Militar* e *Administração Militar*. Em Julho de 1959 foi-lhe prestada pública homenagem com a presença do elemento oficial, no *Instituto Superior de Agronomia*, tendo sido descerrada ali uma lápide evocando a sua acção desenvolvida em 1929, quando da campanha do Trigo. Cf. LINHARES DE LIMA, Henrique. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.], vol. XXXIX, p. 943.

<sup>274</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/ CO/ IN-9-1/pt. 18.

<sup>275</sup> IDEM - *Ibidem*, pt. 18.

<sup>276</sup> IDEM - *Ibidem*, pt. 18.

<sup>277</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 27610. *Diário do Governo, Série I*. 75 (1937-04-01), p. 297.

públicos de assistência como instituições burocratizadas, estatizadas, mecânicas e inertes<sup>278</sup>. Salazar parecia idealizar a extinção das responsabilidades do Estado com a assistência, como prova o articulado no Decreto-Lei nº. 27610, de 1 de Abril de 1937, no qual se pode ler: “Certamente, e não se sabe ainda por que período, a assistência pública – paga, dirigida e administrada pelo Estado – terá de continuar...”<sup>279</sup>. Segundo esta ideologia, ao Estado incumbia o dever de assistência por uma questão de justiça, enquanto aos particulares tal dever era imposto por uma questão de misericórdia e caridade cristã.

Para estudar uma possível reforma dos serviços de saúde, o Estado Novo constituiu, no seio da *Direcção-Geral de Assistência*, uma comissão de estudo segundo os novos conceitos intrínsecos ao estado corporativo, a qual deveria desempenhar uma função que nada tinha de novo: um papel fiscalizador e orientador da assistência privada. Esta comissão deveria ser ideologicamente guiada no sentido de que a “assistência deve na mais larga medida possível ser exercida pelos particulares, cabendo ao Estado sobretudo a orientação superior e a coordenação de todas as actividades beneficentes.”<sup>280</sup> De facto, um dos objectivos desta reforma seria uma revisão do cadastro dos indivíduos que beneficiavam de assistência pública, como havia sido sugerido pela 5ª subsecção do *I Congresso da União Nacional*, de modo a ser proposto ao *Ministério do Interior* a exclusão de todos aqueles que provassem não carecer de tal apoio<sup>281</sup>. Notava-se, pois, o avolumar do cerco às formas públicas de assistência.

De entre a documentação pertencente ao Fundo *Oliveira Salazar*, patente no *Arquivo Nacional Torre do Tombo*, encontrámos o esboço do que seria o futuro Decreto-Lei nº 27610, denotando grandes alterações no seu preâmbulo, em muito rasurado pelo ministro do Interior, Mário Pais de Sousa<sup>282</sup>. Embora não saibamos da autoria do esboço de diploma, observamos que este foi alvo de uma “correcção” por

---

<sup>278</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 27610, p. 297.

<sup>279</sup> Ibidem, p. 297.

<sup>280</sup> Ibidem, p. 297.

<sup>281</sup> Ibidem, p. 297.

<sup>282</sup> **Mário Pais de Sousa (1891-1949)**: advogado e político, formou-se em Direito na *Universidade de Coimbra* e logo abriu banca de advogado em Cantanhede. Exerceu o cargo de governador Civil de Coimbra até Outubro de 1931, indo ali ocupar a pasta do Interior no ministério presidido pelo General Domingos de Oliveira. Desempenhou, também, as funções de inspector dos serviços prisionais do *Ministério da Justiça* e o de presidente da *Comissão da Campanha de Auxílio aos Pobres no Inverno*. Eleito deputado à *Assembleia Nacional*, entre 1935 e 1938. Entre 1936 e 1944 voltou à pasta do Interior. Em 1944 foi, ainda, provedor da *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Cf. SOUSA, Mário Pais de. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XIX p. 1000.



parte do então ministro do Interior. Alguns passos foram rasurados, como aquele que proclamava que os “serviços de assistência [são] já de si dispersos e mal organizados”<sup>283</sup>, e nos quais se notava “a falta de uma orientação segura que, assentando em princípios sólidos, defina o pensamento do Estado em matéria de assistência”<sup>284</sup>. O mesmo autor redige, no preâmbulo, que tem trabalhado no sentido de disciplinar os serviços, dar-lhes ordem e boa arrumação, “imprimir-lhes orientação segura e levar a todos o convencimento de que o dever de assistência é apenas para os necessitados”<sup>285</sup>. Note-se que o ministro do Interior, na sua “correção”, sublinhava, neste passo, a palavra “necessitados”, enfatizando os destinatários da assistência pública.

De facto, o preâmbulo do Decreto-Lei nº 27610, que seria publicado em Abril de 1937, não viria a possuir nenhum destes passos, sendo muito diferente do patente no *Fundo Oliveira Salazar*. Contudo, o primeiro artigo do diploma coincide com a versão “corrigida” por Mário Pais de Sousa, cujo original rasurado era o seguinte: “Incumbe à Direcção-Geral de Assistência Pública além do exercício da sua competência geral, colher e organizar todos os elementos necessários ao estudo de uma reforma dos serviços aproveitando os dados da sua experiência e tendo sempre em vista que a assistência só pertence ao Estado enquanto realiza uma função de justiça, e aos particulares enquanto realiza a sua função essencial de misericórdia”<sup>286</sup>.

Observamos que o ministro, na versão corrigida e publicada do documento, tenta suavizar a questão das funções do Estado, admitindo que sempre que possível, a assistência deverá ser função dos particulares, cabendo ao Estado uma função de coordenação e supervisão, afastando-se do discurso dialéctico entre a justiça e a misericórdia. Da mesma forma, o Decreto-Lei nº 27610 perdeu o parágrafo único do seu artigo 2º, segundo o qual “considerar-se-á particularmente o problema da natalidade e da protecção às mães e criação dos filhos, na orientação de que em Portugal cabem sempre mais portugueses e de que é preciso que estes sejam cada vez mais sãos e fortes”<sup>287</sup>. De facto, parece-nos que a referida “correção” de Mário Pais de Sousa, parecia querer apaziguar dados que pudessem gerar alguma polémica ou discussão, notando-se claramente um cuidado do ministro com as palavras utilizadas.

---

<sup>283</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/IN-9-1, pt.8.

<sup>284</sup> IDEM - *Ibidem*, pt.8.

<sup>285</sup> IDEM - *Ibidem*, pt.8.

<sup>286</sup> IDEM - *Ibidem*, pt.8.

<sup>287</sup> IDEM - *Ibidem*, pt.8.

Na mesma pasta onde encontrámos a documentação anterior, apenso ao esboço de legislação que acabámos de analisar, encontrámos um “memorandum”, assim intitulado, com a ressalva “só para Salazar”. Não temos qualquer referência do autor, mas supomos que seja o mesmo do documento anteriormente referido, dada a sua localização anexa. Segundo o autor, a admissão aos hospitais civis era deficiente, mas sobretudo pouco equitativa, pois uma grande parte dos doentes que pediam serviços médicos gratuitos a estas instituições não os deviam receber porque tinham outras clínicas às quais podiam recorrer ou porque, não sendo pobres, existiam erros da parte das autoridades que lhes concediam os certificados de pobreza. Mais, ainda, o autor defendia que “os próprios pobres devem recorrer com qualquer importância para o seu tratamento”<sup>288</sup>.

Outro dos problemas era a afluência aos hospitais públicos de falsos indigentes e de indivíduos inscritos em corporações ou agremiações onde poderiam lograr de assistência médica fornecida por estas, e que limitavam a qualidade dos serviços aos que deles verdadeiramente necessitavam. A única solução para tal problema resumia-se a que o Estado tornasse “obrigatória a assistência médica das grandes colectividades particulares obrigando-as a ter os seus serviços médicos montados nas devidas condições”<sup>289</sup>. Assim, “os serviços públicos seriam enormemente descongestionados, o pessoal dessas empresas teria as garantias de uma melhor assistência e os médicos novos veriam abertos outros horizontes, a colocação a que aspiram e que hoje não têm”<sup>290</sup>. Embora não saibamos, de facto, quem foi o autor desta missiva para Salazar, a sua preocupação revelada com a colocação dos jovens médicos e o seu discurso técnico e conhecedor da situação, leva-nos a crer que o seu autor tenha sido uma personalidade da área da medicina.

De entre a correspondência oficial para o ministério do Interior, em 1942, encontramos mais uma missiva anónima, desta feita com um *Plano da Reforma da Assistência em Portugal*. O seu autor partia do princípio, pela análise da Constituição e de outros diplomas, que a assistência – preventiva ou curativa – era função dos particulares. Essa assistência ou caridade particular era “mais NATURAL, mais

---

<sup>288</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar, CO/IN-9-1, pt.8.

<sup>289</sup> IDEM - *Ibidem*, pt.8.

<sup>290</sup> IDEM - *Ibidem*, pt.8.

HUMANA e mais BARATA”<sup>291</sup>, reservando-se para a assistência pública “um CARÁCTER MERAMENTE ORIENTADOR E SUPLETIVO”<sup>292</sup>.

Contudo, segundo o autor, a assistência pública encontrava-se montada na sociedade portuguesa e funcionava subordinada a um critério, segundo ele, inteiramente oposto, “tendendo a ABSORVER e SUBSTITUIR toda a assistência particular ou reduzindo esta a simples COLABORADORA DA ASSISTÊNCIA PÚBLICA”<sup>293</sup>. Esta era, pois, uma “tendência de carácter socializante”, que levava à burocratização da assistência e que resultava numa “assistência IMPERFEITA, RESTRITA E ALTAMENTE DISPENDIOSA para o Estado”<sup>294</sup>. Por tal, considerava urgente combater a institucionalização, apelidada de assistência de encarceramento (que deslocava da família, os filhos, os velhos e os doentes sem absoluta necessidade), pois a família era considerada um organismo natural, social e moralmente proveitoso para a educação e para a vida de todos os seus elementos, devendo a assistência procurar, de preferência, auxiliar a família para que esta possa manter, cuidar, educar e sustentar os seus, “prestando-lhes assistência moral, mesmo quando seja necessário socorre-la pecuniariamente”<sup>295</sup>.

O autor anónimo desta missiva considerava, ainda existir uma dispersão das modalidades de assistência por vários ministérios e das verbas que lhe eram consagradas, existindo a necessidade de uma concentração e orientação comum. Para além dos serviços agregados à *Direcção-Geral de Assistência*, faziam parte outros serviços agregados a outros ministérios (ver Tabela 2). Tal dispersão originava, pois, duplicações e gastos correspondentes, logo esses serviços careciam de ser “CONCENTRADOS e COORDENADOS POLÍTICA E FINANCEIRAMENTE”<sup>296</sup>. A única forma de evitar estes problemas, segundo o mesmo autor, seria através da criação de um *Subsecretariado da Assistência, Higiene e Saúde Pública* subordinado à Presidência do Conselho e ao qual ficariam sujeitos todos os serviços de assistência, porque “a função da assistência, da higiene e da saúde pública são de natureza política-social e como tais estariam naturalmente bem colocadas sob a Presidência do

---

<sup>291</sup> A utilização de maiúsculas é conforme o original.

<sup>292</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN-9 A, pt. 16.

<sup>293</sup> IDEM - *Ibidem*, pt. 16.

<sup>294</sup> IDEM - *Ibidem*, pt. 16.

<sup>295</sup> IDEM - *Ibidem*, pt. 16.

<sup>296</sup> IDEM - *Ibidem*, pt. 16.

Conselho”<sup>297</sup>. Propunha-se, assim, uma fusão dos sectores da assistência e da saúde, directamente dependentes do presidente do Conselho, o que prova a importância política e financeira deste sector.

<b>MINISTÉRIO DO INTERIOR</b> Direcção Geral de Saúde Governos Civis Polícias Defesa da Família A.C.A.P.I. Subsídios pagos pelas Câmaras Municipais aos doentes internados	<b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> Tutorias da Infância Reformatórios Patronato das Prisões	<b>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO NACIONAL</b> Obra das Mães Internatos destinados a filhos de professores Determinadas isenções e bolsas de estudo
<b>MINISTÉRIO DAS OBRAS PÚBLICAS</b> Comissariado do Desemprego	<b>MINISTÉRIO DAS FINANÇAS</b> SUBSECRETARIADO DAS CORPORACÕES: Assistência das organizações corporativas	<b>MINISTÉRIO DA GUERRA E MARINHA</b> Serviços prestados nos seus hospitais privativos e outros institutos

**Tab. 2:** Dispersão dos serviços de assistência por organismos de vários ministérios para além da *Direcção-Geral de Assistência*, segundo documentação do *Arquivo Oliveira Salazar/ CO/IN-9 A*, pt. 16 (1942).

O subsecretariado sugerido pelo autor deveria possuir uma acção orientadora, coordenadora, corregedora e fomentadora, de modo a: coordenar, fiscalizar e disciplinar o existente em matéria de assistência pública e particular; substituir gradualmente as formas de assistência, sustentadas directamente pelo estado por formas de assistência particular sustentadas por esta ou com a cooperação do Estado ou autarquias; descentralizar os socorros procurando fomentar através dos organismos já existentes e de outros a estimular; substituir progressivamente o sistema de encarceramento pelo de liberdade vigiada. Para tal, seria necessário vencer a oposição e resistência conjugada das “diversas burocracias comodamente instaladas”<sup>298</sup>, dos interesses criados, das facilidades existentes, das autonomias, e a incompreensão do próprio meio ambiente, “eivado de tendências socializantes em matéria de assistência”, o que demandava “um esclarecimento doutrinal autorizado e substituição dos actuais benefícios por outras

<sup>297</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN-9 A*, pt. 16.

<sup>298</sup> IDEM – *Ibidem*, CO/IN-9 A, pt. 16.

mais vantagens que levem o público a dar força à reforma”<sup>299</sup>. Esta necessidade de doutrinar a opinião pública é mais uma prova de que esta considerava preponderante o papel do Estado nesta área.

A partir de 1945, o Estado começou a demonstrar uma atitude mais activa no que dizia respeito às políticas de saúde e de assistência desenvolvidas. O grande programa de construções hospitalares é prova disso. No *Boletim da Assistência Social*, órgão propagandístico do sector, observamos que o governo não considerava a sua obra de assistência como uma “obra romântica ou esmoler”. Não se tratava de remediar a miséria, segundo a publicação, a obra de assistência do Estado corporativo era verdadeiramente uma obra de reconstrução, “daí que tenhamos de encarar como uma acção de certo modo educativa, em primeiro lugar, e em segundo, mas só em segundo, suplectiva”<sup>300</sup>. A supletividade estatal parecia, pois, ser relegada para segundo plano, vencendo a função educativa do regime.

## **2.2. A I Fase de Fomento das Políticas de Saúde e Assistência (1940-1958)**

A II Guerra Mundial provocou, em Portugal como no resto do mundo, efeitos económicos, sociais e políticos profundos e duradouros. A política de neutralidade assumida pelo nosso país não conseguiu minimizar os seus impactos a nível social. Observou-se uma ruptura da paz social alcançada durante os anos trinta e o regime viveu a sua primeira crise séria, vendo-se à beira do abismo durante o fim do conflito e no pós-guerra.

Durante o período de esforço de guerra, a situação económica e social do país estava em perigosa deterioração. Aos bloqueios, ao contrabando, ao racionamento, juntava-se a seca e os maus anos agrícolas, que acentuaram as carências alimentares e de bens essenciais de maior parte da população. A desvalorização real dos salários e a

---

<sup>299</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN-9 A, pt. 16.

<sup>300</sup> Cf. 194.000 Contos para a assistência em 1948. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 50/52, Abril/Junho 1947, p. 125.

inflação galopante, a somar-se a esta periclitante situação económica, atirou uma grande franja da população mais pobre para a fome e para a miséria. Tratava-se de um cenário propício ao despertar da agitação social das classes operárias e camponesas. A partir de Outubro de 1942, iniciou-se um surto reivindicativo do operariado industrial, quando se pensava corporativamente controlado através dos sindicatos nacionais e das polícias. Tal agitação social possuiu uma intensidade sem precedentes no seio do Estado Novo, desequilibrando-o e fazendo-o questionar a sua continuidade<sup>301</sup>.

Neste âmbito, o proletariado das principais indústrias sublevou-se, iniciando um período de greves, observando-se, contudo, um concomitante surto grevista dos assalariados rurais. A este movimento, juntava-se, ainda, o descontentamento das “classes médias”, sobretudo da pequena burguesia citadina. O contra-ataque governamental pareceu essencialmente desencadear-se a partir de 1943, auxiliado por uma intensa campanha de imprensa. Botelho Moniz<sup>302</sup> ordenou novas e mais drásticas medidas repressivas que se centraram no despedimento de todos os grevistas, impedindo a sua readmissão, até ao final de 1944, em qualquer fábrica dos distritos de Lisboa ou Setúbal. As fábricas geradoras de surtos grevistas foram, também, punidas, com ordens de encerramento de pelo menos 30 dias. Foram encarcerados dezenas de proprietários, directores ou encarregados de fábricas, acusados de negligência face aos grevistas ou desobediência relativamente às instruções do *Ministério da Guerra*. Este movimento de agitação social, com especial intensidade entre 1942 e 1944, estendeu-se praticamente a todo o país, saldando-se em centenas de violentos confrontos com as forças policiais e militares, milhares de presos, dezenas de feridos e mortos<sup>303</sup>.

O regime conseguiu resistir a esta agitação através da divisão do movimento grevista, que o impediu de se fortalecer, e da clara repressão através da violência física e do recurso a mais eficazes métodos de intimidação e perseguição, essencialmente nas

---

<sup>301</sup> Cf. ROSAS, Fernando – O Estado Novo (1926-1974). In MATTOSO, José – *História de Portugal*, 7º Vol., Lisboa: Círculo de Leitores, 1994, p. 316-317.

<sup>302</sup> **Júlio Carlos Alves Dias Botelho Moniz (1900-1970)**: político e oficial do Exército. Em 1938, ingressou no Corpo do Estado-Maior, onde viria a ser professor. Foi adido militar em Madrid e Washington. Entre 1944 e 1947 foi ministro do Interior. Vogal do *Conselho Ultramarino*, foi chefe de Estado-Maior das Forças Armadas. Em 1958, ascendeu a ministro da defesa nacional, sendo demitido na sequência do golpe frustrado de Abril de 1961, que visava a destituição de Salazar. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 203.

<sup>303</sup> Cf. ROSAS, Fernando – *O Estado Novo (1926-1974)*, p. 368-369.

zonas operárias. As lutas sociais tiveram, contudo, uma acentuada repercussão no interior do regime, levando-o a legitimar as estratégias de modernização propostas pelos industriais, quebrando com a velha ordem ruralista, com todos os efeitos de actualização política, económica e social<sup>304</sup>.

Concomitantemente, devido a factores externos ligados à expectativa de uma vitória aliada, entre 1943 e 1945, Portugal viveu um período de grave crise. O país experimentou um ambiente de grande instabilidade, durante o qual Salazar viu-se na contigência de agradar simultaneamente aos Aliados e ao Eixo. O clima era de grande incerteza e de imprevisibilidade. Salazar encontrava-se politicamente fragilizado pela contestação de grandes massas da população, numa época de grandes dificuldades económicas. O regime estava dividido entre aqueles que defendiam uma modernização industrial e a alteração da política social e os adeptos conservadores e ruralistas, que defendiam a continuação das directrizes do regime após a guerra. Esta instabilidade reflectia-se na coesão das forças armadas, o grande pilar do Estado Novo<sup>305</sup>.

Salazar intuiu a extensão da ameaça que pairava sobre o regime. A partir de 1943, tentou colmatar os principais problemas com que se deparava: aproximou atempadamente o governo de Lisboa dos Aliados, controlou o Exército e debelou a agitação grevista. Marcello Caetano, então dirigente máximo da *Mocidade Portuguesa*, escreveu, em Fevereiro de 1944, uma longa carta a Salazar, onde apontava os problemas mais urgentes de Portugal: o problema político e o problema social. O académico não acreditava que o *Congresso da União Nacional* pudesse apresentar um caminho viável. Era necessária, na sua opinião, uma recomposição ministerial. Não se tratavam de problemas doutrinais, mas problemas de acção e dos respectivos métodos<sup>306</sup>. Os problemas da assistência social eram realidades “muito mais graves”, como indicaria Caetano em carta enviada a Salazar, a 27 de Abril do ano anterior<sup>307</sup>.

Salazar seguiu o conselho de Marcello Caetano. Em 1944, procedeu a uma vasta remodelação governamental, a que muitos apelidaram de “revolução de Setembro”.

---

<sup>304</sup>Cf. ROSAS, Fernando – *O Estado Novo (1926-1974)*, p. 370.

<sup>305</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 370.

<sup>306</sup> Cf. C25, 10 Fevereiro 1944. In ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas Secretas (1932-1968)*, p. 118-119.

<sup>307</sup> Cf. C21, 27 Abril 1943. In ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas Secretas (1932-1968)*, p. 114.

Santos Costa ascendeu a ministro da Guerra, e um seu protegido, o coronel Júlio Botelho Moniz, ascendeu a ministro do Interior, de entre as restantes remodelações. Marcello Caetano aceitaria ser ministro da Assistência Social, se Salazar quisesse criar a pasta, pois nessa área havia muito a fazer<sup>308</sup>. O académico era defensor de que ao Estado cabia a iniciativa da assistência social em “tudo o que importe ao interesse da Nação”<sup>309</sup>. Contudo, Salazar negou o pedido de Marcello Caetano. Em carta datada de Fevereiro desse ano, Marcello Caetano apontava a Salazar algumas medidas que lhe pareciam urgentes, no seio da remodelação, nomeadamente o incremento dos serviços de assistência, “de modo a dar ao público a impressão (hoje inexistente) de que se progride *a sério*”<sup>310</sup> e o desenvolvimento dos serviços de saúde pública e a dignificação da classe médica e da sua Ordem.

Contudo, um ano depois, em 1945, parecia ter-se perdido o estado de graça do governo remodelado. Já enquanto ministro das Colónias, em carta a Salazar, Marcello Caetano acreditava ter-se voltado à descrença no regime e no governo, nomeadamente na sua capacidade de fazer uma política social de acordo com o seu tempo e de, ao nível da assistência, libertar-se da “virtude cristã da caridade”<sup>311</sup>. No mês seguinte, em nova missiva, Caetano advertia Salazar de que não havia conseguido explicar bem o que pensava sobre política social e de assistência, mas qualquer divergência entre ambos residia apenas “no modo de fazer”<sup>312</sup>. Isto, porque, na sua opinião, o Estado havia falhado em termos de política social e na assistência social. Era possível resistir à pressão temporária de um regime estrangeiro, mas era impossível resistir ao tempo e Caetano tinha consciência de que os tempos tinham rapidamente mudado<sup>313</sup>.

De facto, entre o imediato pós-guerra e o princípio de Outubro, o governo tomou a decisão de antecipar a revisão constitucional, decretou uma nova lei eleitoral, dissolveu a *Assembleia Nacional* e convocou eleições legislativas antecipadas, remodelando os

---

<sup>308</sup> Cf. CAETANO, Marcello – *Minhas memórias de Salazar*. Lisboa: Verbo, 2000, p. 179.

<sup>309</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 39 (1944-02-25), p. 110.

<sup>310</sup> Cf. C26, 17 Fevereiro 1944. In ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas Secretas (1932-1968)*, p. 120-122.

<sup>311</sup> Cf. C44, 31 Janeiro 1945. In ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas Secretas (1932-1968)*, p. 145-146.

<sup>312</sup> Cf. C47, 20 Fevereiro 1945. In ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas Secretas (1932-1968)*, p. 149-150.

<sup>313</sup> Cf. C44, 31 Janeiro 1945. In ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas Secretas (1932-1968)*, p. 145-146.



cargos dirigentes da *União Nacional*. Tais eleições seriam um reforço da legitimidade do regime. Em Novembro de 1945, Marcello Caetano, em carta dirigida a Salazar, fazia saber que os seus melhores amigos, alinhados com o regime, tinham-no procurado, advertindo-o para a indispensabilidade do governo em ir ao encontro das aspirações do país, estabelecendo maior contacto com ele e ouvindo o seu desejo de rumo à política social<sup>314</sup>. No seio da oposição, parecia-se distinguir uma corrente liberal e uma corrente socialista, esta última reclamando melhor assistência social, maiores salários e uma economia mais fortemente dirigida. Em Janeiro do ano seguinte, em nova carta a Salazar, o académico fazia saber que as novas gerações afastavam-se do Estado Novo, pois o governo favorecia a burguesia capitalista e descuidava a política social, que deveria decorrer da sua doutrina<sup>315</sup>.

Em termos gerais, o regime aproveitou este período para consolidar a sua política assistencialista, sendo a publicação do *Estatuto da Assistência Social* um dos seus veículos. Na realidade, os dados estatísticos, como veremos adiante, apontam para um maior incremento no número de estruturas de saúde e assistência, de um modo geral, bem como um maior financiamento por parte do Estado, a partir desta época, ao qual não será alheia a evolução internacional dos sistemas de saúde europeus, nomeadamente do *Plano Beveridge*, no Reino Unido.

### **2.2.1. O Subsecretariado de Estado da Assistência Social**

Parecendo seguir os aconselhamentos do engenheiro Carlos Santos, professores em 1932, dos quais já fizemos referência, foi criado, em 1940, o *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* no seio do *Ministério do Interior*<sup>316</sup>, através do Decreto-Lei n.º 30692, diploma que não revelava, contudo, as suas atribuições ou funções. Contudo, em esboço legislativo encontrado no *Fundo Oliveira Salazar*, observa-se que a função política deste subsecretariado seria a de coordenação de todas as actividades de assistência e saúde dispersas pelos vários ministérios. No entanto, como o próprio autor admitia, “a coordenação completa parece deveria abranger — assistência, saúde,

---

<sup>314</sup> Cf. C64, 28 Novembro 1945. In ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas Secretas (1932-1968)*, p. 165-166.

<sup>315</sup> Cf. C69, 25 Janeiro 1946. In ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas Secretas (1932-1968)*, p. 174.

<sup>316</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 30692. *Diário do Governo, I Série, Suplemento*. 199, (1940-08-27), p. 1.

previdência e mutualidade”<sup>317</sup>. Na verdade, os serviços dependentes de outros ministérios continuavam isentos da jurisdição do subsecretariado. Observa-se, também no seio desta documentação, a defesa de uma necessidade de colocação do *Subsecretariado da Assistência Social* e do *Subsecretariado das Corporações* sob a superintendência da mesma entidade ministerial ou presidencial<sup>318</sup>. O primeiro Subsecretário de Estado da Assistência Social seria Joaquim Diniz da Fonseca<sup>319</sup>, homem de relevo no seio do regime, um intelectual católico, considerado um dos confidentes de Salazar<sup>320</sup>.

Segundo o artigo 17º da *Constituição*, os objectivos da assistência, beneficência ou caridade encontravam o seu enquadramento natural entre as actividades corporativas. Tal parecia justificar que a orgânica do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* tomasse como paradigma a do *Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social*. Tal esboço legislativo pretendia, nesse sentido, criar um *Instituto de Assistência Social*, um órgão orientador e executivo, junto ao qual funcionaria, com funções consultivas, um *Conselho Corporativo de Assistência e Higiene*, responsável pelos planos de política social. Segundo o anteprojecto de decreto-lei encontrado no *Fundo Oliveira Salazar*, incumbia ao *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* a superintendência, a coordenação, a orientação e a fiscalização de todas as actividades de assistência e saúde. Para a realização desse objectivo deveria ser criado, junto do subsecretariado, um *Instituto de Assistência Social* sob cuja dependência funcional funcionariam os serviços da *Direcção-Geral de Saúde* e da *Direcção-Geral de Assistência*, que passariam a denominar-se *Inspecção Geral de Assistência e Inspecção Geral de Saúde*<sup>321</sup>.

Segundo o mesmo anteprojecto de Decreto-Lei, as bases da política social estavam ligadas à ideia de que a assistência social visava primordialmente prevenir as

---

<sup>317</sup> Cf. ANTT - *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN-9A, pt. 12.

<sup>318</sup> IDEM - *Ibidem*, pt. 12.

<sup>319</sup> **Joaquim Diniz da Fonseca (1887-1958)**: advogado, político e jornalista. Nasceu na Guarda, em 1887, e obteve a sua licenciatura em Direito pela *Universidade de Coimbra*, em 1917. Para além de administrador da *Companhia dos Diamantes de Angola*, foi deputado à *Assembleia Nacional* entre 1922 e 1926. Foi membro da *Junta Consultiva da União Nacional*, entre 1945 e 1957, Subsecretário de Estado da Assistência Social, entre 1940 e 1944, e Subsecretário de Estado das Finanças, entre 1944 e 1950. Cf. COSTA PINTO, António; BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009. vol. V, p. 123.

<sup>320</sup> Cf. RAMOS, Rui – A Segunda Fundação (1890-1926). In MATTOSO, José [dir.] – *História de Portugal*. Vol VI, [Lisboa]: Círculo de Leitores, 1994, p. 560.

<sup>321</sup> Cf. ANTT - *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN-9A, pt. 12.

causas de insuficiência da economia familiar e, secundariamente, socorrer os seus efeitos, quer estes derivassem da indigência absoluta de meios, quer do excesso de encargos familiares legítimos, quer ainda de crise geral ou particular. Segundo o mesmo diploma, a assistência preventiva e a de socorro incumbiam primariamente à iniciativa particular, em cumprimento dos deveres de justiça social ou de caridade cristã, e pertencia à assistência oficial promover, favorecer, orientar e tutelar as mesmas actividades e supri-las quando deficientes. A assistência social deveria, ainda, tomar especial atenção à protecção à maternidade<sup>322</sup>. Contudo, este anteprojecto de Decreto-Lei nunca passaria à prática, não tendo sido publicado nos anos seguintes.

Com a criação, em 1940, do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*, criou-se, segundo António Correia de Campos e Jorge Simões, o primeiro departamento dedicado especificamente à saúde, o que, segundo uma periodização proposta por estes autores, constituiu o início do primeiro grande ciclo político da saúde. Foi, de facto importante, sob o ponto de vista orgânico, a criação deste organismo específico, ganhando estes temas – saúde e assistência - um maior impacto nas políticas públicas. Contudo, este departamento não nos parece, como afirmam os autores, dedicado exclusivamente à saúde, cabendo nele, a *pari passu*, a política assistencial, embora muitas vezes ambos os sectores se confundissem<sup>323</sup>.

Em Novembro de 1941, seria publicado novo decreto-lei. Nele, o Estado Novo apontaria as maiores necessidades de assistência “preventiva e curativa” e as respectivas modalidades de solução dessas carências: assistência à vida no nascimento e primeira infância (através de consultas pré-natais, maternidades, lactários, parques e dispensários infantis), assistência à vida na sua formação e preparação física, intelectual e moral (através de preventórios<sup>324</sup>, colónias de férias, orfanatos e patronatos<sup>325</sup>), defesa da vida ameaçada por infecções físicas, mentais ou morais (através de hospitais, casas de saúde, dispensários, manicómios e casas de regeneração), e assistência à vida diminuída pela

---

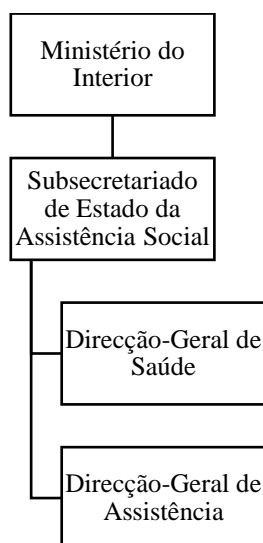
<sup>322</sup> Cf. ANTT - *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN-9A, pt. 12.

<sup>323</sup> Cf. CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge – *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina, 2011, p. 118.

<sup>324</sup> **Preventório:** Internato para crianças, filhos de leprosos ou tuberculosos, separadas dos pais para evitar o contágio.

<sup>325</sup> **Patronato:** Instituição que buscava educar os menores que praticavam delitos.

miséria económica ou pela incapacidade física, mental ou moral (através de cozinhas económicas, recolhimentos, hospícios, asilos ou albergues)<sup>326</sup>.



**Org. 16:** Nova orgânica do *Ministério do Interior* veiculada pelo Decreto-Lei nº 30692 (1940).

No âmbito desta legislação, o regime tornava claro que “a doutrina constitucional portuguesa [era] contrária à conversão da assistência em serviços do Estado”<sup>327</sup>, sendo a tendência das reorganizações e reformas “no sentido de valorizar a assistência privada e de reduzir, na medida do possível, a esta categoria as próprias instituições oficiais que disso forem susceptíveis.”<sup>328</sup> Mais uma vez, assistimos ao desejo do Estado, que ele próprio parecia considerar utópico, de restringir a assistência pública. Esta legislação estabelecia, ainda, a possibilidade de converter instituições de assistência pública em instituições particulares, competindo ao ministro do Interior, concentrar, suprimir e transferir serviços de assistência de qualquer tutela.

Da mesma forma, o regime considerava imprescindível para uma assistência equitativa e socialmente eficaz, o inquérito às condições económicas, sociais e morais das famílias que careciam de assistência pública. Segundo o articulado do diploma, tal técnica encontrava-se enraizada na tradição da assistência portuguesa, correspondendo à antiga visitação. Para tal, foi criado, em Lisboa, um *Centro de Inquérito Assistencial*, onde eram emitidas cartas de assistência para a concessão de benefícios aos seus

<sup>326</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 31666. *Diário do Governo, I Série, 2º Suplemento*. 273, (1941-11-22), p. 1134.

<sup>327</sup> IDEM. *Ibidem*, p. 1134.

<sup>328</sup> IDEM. *Ibidem*, p. 1134.

portadores. Este diploma incluía, ainda, algumas cautelas, sujeitando ao conhecimento e autorização ministerial a liquidação, recolha e dispêndio de verbas destinadas à assistência. Este diploma criou, também uma Comissão Executiva na *Organização Defesa da Família*, o nome pelo qual passava a ser conhecida a antiga organização nacional *Lar Português*, da qual adiante faremos referência, para dar execução ao plano de saúde materno-infantil.

### **2.2.2. A Assistência às Vítimas do Grande Ciclone de 1941: O Exemplo Cabal de um Estado Mínimo.**

No dia 15 de Fevereiro de 1941, o nosso país foi assolado por ventos fortes, considerados os mais violentos desde que existe recolha de registos meteorológicos. Este extremo e grave fenómeno causou um elevado número de vítimas humanas e avultados danos materiais. O número de vítimas mortais ultrapassou uma centena, registando-se um número indefinido de feridos. Muitas das vítimas mortais, nas zonas ribeirinhas, terão perecido por afogamento, devido a inundações consequentes à sobrelevação do nível do mar. Além das vítimas mortais, registaram-se danos nas telecomunicações, nos caminhos-de-ferro, cortes no fornecimento de eletricidade e graves prejuízos em fábricas e habitações, registando-se graves danos no *Hospital da Universidade de Coimbra*. No mar, ter-se-ão afundado centenas de embarcações, sendo o cenário mais grave, a este nível, registado ao largo de Sesimbra e de Lisboa<sup>329</sup>.

Uma das primeiras funções do subsecretário de Estado da Assistência Social foi presidir à Comissão Nacional de Socorros às Vítimas do Ciclone, formada por iniciativa governamental, e constituída por um representante da Igreja Católica, pelo subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social, um representante da imprensa, o comissário do Desemprego e um representante da *Cruz Vermelha*. O objectivo era acudir às necessidades mais prementes das “pequenas economias familiares” arruinadas pela catástrofe, considerando-se mais urgentes as necessidades de alimentação, de recuperação das suas casas e dos seus instrumentos de trabalho. No fundo, esta comissão visava angariar donativos no seio da sociedade civil para o auxílio aos

---

<sup>329</sup> Cf. NUNES, Adélia [et al.] – O “Ciclone” de fevereiro de 1941: análise histórico-geográfica dos seus efeitos no município de Coimbra. In *Cadernos de Geografia*. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, nº. 30-31, 2011-2012, p. 53-60.

espoliados. Para tal, foi desenhada uma campanha de propaganda através da *Emissora Nacional* e de alguns jornais, como o *Diário de Notícias*, que chegou a abrir uma subscrição para o efeito<sup>330</sup>.

O público-alvo desta campanha propagandística era a totalidade da sociedade civil, pois, como exortaria Diniz da Fonseca através da *Emissora Nacional*, “não podemos apelar somente para a justiça social que é dever dos ricos, porque somos, em boa verdade um país de pobres. [...] Se todos, abonados e pobres, derem o seu pouco, a soma reunida sairá avultada e digna da miséria que vai aliviar”<sup>331</sup>.

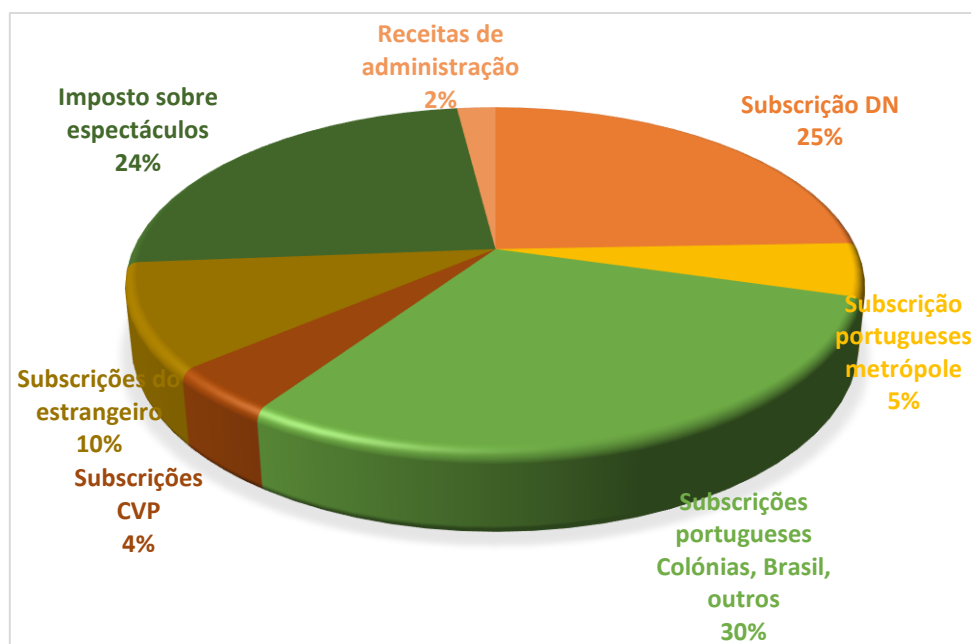
Este programa de outorgas teve como receita total 7.483.253 escudos, oriundos de vários donativos: da subscrição levada a cabo pelo *Diário de Notícias*, de outras subscrições e donativos de portugueses residentes na metrópole, nas Colónias, no Brasil e em outros países, subscrições e donativos enviados através da *Cruz Vermelha*, donativos enviados de países estrangeiros, verbas do imposto sobre espectáculos (o *Ministério das Finanças* fixaria um conjunto de taxas cobradas durante 90 dias aos frequentadores de espectáculos) e através de receitas de administração. Estas receitas seriam utilizadas para financiar a recuperação de algumas habitações destruídas, barcos e casas de pescadores, para garantir subsídios de sustentação e agasalho a famílias pobres e ao pagamento de pensões temporárias e vitalícias às famílias dos sinistrados.

Através da análise do gráfico 3, podemos concluir, que a grande porção do financiamento desta iniciativa coube aos particulares, cerca de 74% da receita total obtida, o que, de facto, vem corroborar toda a ideologia e a política assumidas por um Estado mínimo na área da saúde e da assistência. Note-se que o total de pensões concedidas aos familiares enlutados foram na ordem das 68, 62 delas temporárias e 6 pensões vitalícias. Contudo, o pagamento destas pensões seria confiado às misericórdias do concelho a que cada pensionista pertencia, o que mais uma vez sublinhava o distanciamento do Estado a este nível.

---

<sup>330</sup> Cf. Relatório da Comissão Nacional de Socorros às Vítimas do Ciclone. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, n.º. 14, Abril 1944, p.101.

<sup>331</sup> *Ibidem*, p. 103.



**Gráf. 3:** Receitas da Comissão Nacional de Socorros às Vítimas do Ciclone de 1941, segundo dados inscritos no *Relatório da Comissão Nacional de Socorros às Vítimas do Ciclone* [Fonte: *Boletim da Assistência Social*, nº. 14, Abril 1944, p.101]<sup>332</sup>.

### 2.2.3. O Estatuto da Assistência Social e a Evolução Orgânica do Sector

Em 1944, foi publicado o *Estatuto da Assistência Social*, expresso na Lei nº 1998, uma lei de bases que espelhava a orientação do regime em matéria de saúde e assistência. No essencial, a orientação ideológica do regime não se havia alterado. O Estado continuava a considerar a sua acção como supletiva da actividade privada, continuando as autarquias, também elas, a suportar parte da despesa com a assistência. O texto legislativo deixava bem clara a diferença entre a assistência oficial (administrada e sustentada pelo Estado e pelas autarquias) e a assistência particular (administrada por particulares e com fundos ou receitas próprios).

O Estado só contemplava possuir um papel activo nesta área quando se observasse falta ou ineficácia da iniciativa privada, promovendo e sustentando as obras de beneficência, desoficializadas logo que possível. Da mesma forma, as instituições particulares de assistência, ao receberem subsídios estatais ou das autarquias, não

<sup>332</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

perdiam o seu carácter particular. Estas instituições particulares poderiam tomar a forma de associações ou fundações. As primeiras eram caracterizadas pela agregação de sócios, tendo especial estatuto, no seio destas, as misericórdias e as associações eclesiásticas. Por seu turno, as fundações eram, pela afectação de bens, feitas por uma ou mais pessoas para um fim assistencial<sup>333</sup>.

No respeitante às funções e aos deveres do Estado em matéria de assistência, a *Câmara Corporativa* possuía uma opinião mais moderada. Este órgão consultivo considerava que o Estado tinha o dever de prestar assistência social aos cidadãos que dela necessitassem, o que não parecia duvidoso face à *Constituição*, não excluindo nem embaraçando, contudo, a iniciativa privada. Era claro para esta *Câmara* que a construção dos principais estabelecimentos da rede de assistência social devia competir ao Estado, iniciativa que considerava urgente, pois os hospitais de Lisboa e Porto mostravam-se insuficientes, não existindo ainda os hospitais-faculdade, inteiramente projectados, e faltando sanatórios e hospitais para tuberculosos, dispensários e leprosários<sup>334</sup>.

A *Câmara Corporativa*, cuidadosa na sua posição crítica, considerava que o governo não queria demitir-se da iniciativa em matéria de assistência social, pretendendo apenas reduzir ao mínimo o número de respectivos serviços públicos. Em conclusão, este órgão mostrava-se confiante que a melhor solução nas relações entre o público e o privado era caber ao Estado a iniciativa da assistência social, tendo em conta as suas possibilidades, deixando a administração e a direcção dos estabelecimentos aos particulares. Da mesma forma, o Estado deveria admitir e respeitar as iniciativas privadas, prevendo o seu fomento por meio de subsídios<sup>335</sup>. Nas conclusões deste documento, a *Câmara Corporativa* manifestou “certas discordâncias” relativas à doutrina da proposta de lei. Contudo, quando referia as funções do Estado nesta área, o parecer não registou qualquer novidade, para além de considerar o Estado enquanto coordenador, pensador, organizador, gestor de políticas, iniciativas, estabelecimentos, nunca o definindo enquanto actor no terreno, financiador ou mecenas, reservando-lhe uma acção puramente distante, burocrática, apática e residual. Esta Câmara chegava

---

<sup>333</sup> Cf. LEI n.º. 1998. *Diário do Governo, Série I*. 102 (1944-05-15), p. 433-437.

<sup>334</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. In *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 39 (1944-02-25), p. 107.

<sup>335</sup> *Ibidem*, p. 107.



mesmo a aconselhar uma política de “instigação da iniciativa privada ao cumprimento do dever social da assistência”<sup>336</sup>.

A discussão da proposta de lei deste diploma na *Assembleia Nacional* parece ter sido bastante acalorada, defrontando-se duas posições: uma, defensora do papel supletivo do Estado, coordenador e fiscalizador em relação à iniciativa privada, e uma outra mais intervencionista face às carências sociais dos portugueses, encabeçada por Marcello Caetano, relator do respectivo parecer da *Câmara Corporativa*<sup>337</sup>. Contudo, vingaria a proposta do governo.

No *Estatuto da Assistência Social*, o Estado Novo começava a dar maior relevo às actividades preventivas e recuperadoras, em detrimento das meramente curativas<sup>338</sup>. De facto, Salazar acreditava que a profilaxia era a melhor política de assistência: a prevenção da miséria, da doença, da necessidade de assistência e o estímulo da previdência. Contudo, a assistência à maternidade, à doença e à invalidez eram prestadas preferencialmente no domicílio. As instituições do Estado eram, pois, pensadas preferencialmente para os mais pobres, em detrimento daqueles que possuísem maiores rendimentos.

Segundo o mesmo diploma, ao Estado cabia a assistência à maternidade, à primeira infância e aos doentes crónicos e incuráveis, constituindo, nestes casos, as misericórdias órgãos coordenadores e supletivos da acção do Estado. Para aumentar os dividendos canalizados para o sector da assistência pública, as câmaras municipais eram autorizadas a lançar derramas extraordinárias. O governo poderia seguir-lhes os passos, lançando impostos sobre espectáculos, o comércio de objectos de luxo, indústrias que empregassem mulheres e não tivessem organizada uma assistência à maternidade e à primeira infância, empresas exploradoras de águas medicinais e sobre os solteiros, casados ou divorciados sem filhos, e viúvos (devido à redução da taxa de natalidade e de nupcialidade)<sup>339</sup>.

De facto, os encargos com a assistência deveriam ser respondidos, em primeiro lugar, pelo próprio assistido, seus ascendentes e descendentes. Depois destes, por ordem

---

<sup>336</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 125.

<sup>337</sup> Cf. ALVES, Jorge; CARNEIRO, Marinha – Estado Novo e Discurso Assistencialista (1933-1944). In *Estudos do Século XX: “Estado-Providência”, capitalismo e democracia*. Coimbra: CEIS20, 13 (2013), p. 653.

<sup>338</sup> Cf. LEI n.º. 1998, p. 433.

<sup>339</sup> Ibidem, p. 433.

decrecente de importância, os organismos corporativos ou as instituições de seguros, os fundos ou receitas das próprias instituições, as câmaras municipais (em relação aos assistidos com domicílio no respectivo concelho). Apenas em último lugar interviria o Estado, respondendo com dotações destinadas à assistência<sup>340</sup>. Esta era a tradução do princípio segundo o qual cada indivíduo deveria pagar a sua própria assistência, na medida das suas possibilidades ou do seu agregado familiar, sistema designado por Porcionismo.

Segundo os Códigos Administrativos de 1936 e 1940, o indigente era o indivíduo, de qualquer sexo ou idade, impossibilitado de trabalhar e sem recursos para viver, nem família que o pudesse manter ou prestar-lhe alimentos. Por seu turno, os pobres eram os indivíduos, de qualquer sexo ou idade, cujo salário ou rendimento eram insuficientes para a sua sustentação e dos seus, de harmonia com a classe social a que pertencessem. Pobres eram também considerados os indivíduos doentes, de avançada idade, ou do sexo feminino de qualquer idade, cujos rendimentos eram manifestamente insuficientes para a sua manutenção e que não tinham possibilidade de trabalhar em actividade compatível com a sua situação<sup>341</sup>. Conforme podemos encontrar na Lei nº. 1998, nas instituições subsidiadas pelo Estado, os pobres deveriam ser admitidos de preferência aos pensionistas<sup>342</sup>.

As câmaras municipais possuíam onerosas atribuições de assistência respeitantes ao internamento dos alienados e à hospitalização dos doentes do concelho, que não podiam custear as suas despesas de saúde, nos *Hospitais Civis de Lisboa*, no *Hospital da Universidade de Coimbra*, no *Hospital Escolar*, na *Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, no *Instituto Português de Oncologia*, no *Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto* e no *Hospital de Santo António*, no Porto. O *Código Administrativo de 1940* pôs termo a este tipo de pagamentos nos casos em que os doentes não possuíam a guia passada pela respectiva câmara municipal para o efeito. Contudo, o *Estatuto da Assistência Social* veio ressuscitar estas contribuições através da sua base XIX, que voltava a instituir um domicílio de socorro. Perante isto, a *Câmara Corporativa* não aceitou esta base, embora a lei fosse promulgada, devido à série de inconvenientes e abusos e à desordem financeira contra à qual as câmaras vinham protestando. O órgão

---

<sup>340</sup> Cf. LEI nº. 1998, p. 435.

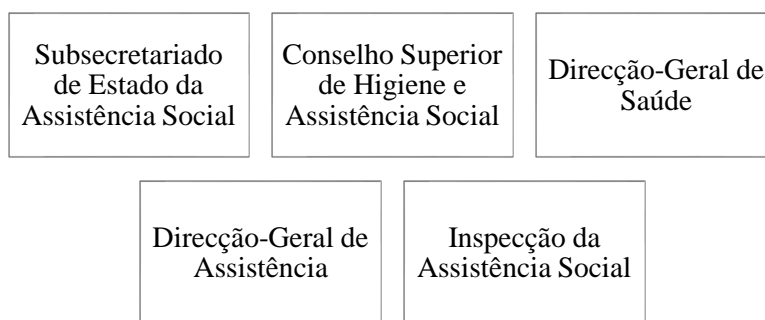
<sup>341</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 31095. *Diário do Governo, Série I.* 303 (1940-12-31), p. 1666; DECRETO-LEI nº. 27424. *Diário do Governo. Série I.* 306 (1936-12-31), p. 1796.

<sup>342</sup> Cf. LEI nº. 1998, p. 435.

consultivo concluía, ainda, pela necessidade de uma maior ajuda financeira aos concelhos para a resolução local de um problema que era nacional<sup>343</sup>.

No respeitante às províncias, em 1943, estavam longe de ter uma orientação definida sobre o seu papel no plano da assistência social, embora no *Código Administrativo de 1936* ficassem encarregues de construir e manter hospitais regionais e dispensários centrais, preventórios e sanatórios. Contudo, no *Código Administrativo de 1940*, observou-se o desejo do governo de tirar às províncias a execução directa dos serviços de assistência social, o que se veio a confirmar na Lei nº. 1998, que é omissa nas atribuições assistenciais destas circunscrições.

Do ponto de vista orgânico, o *Estatuto da Assistência Social* instituiu, como órgãos superiores de assistência, o *Subsecretariado da Assistência Social* (com as funções de dirigir a política de assistência; orientar, tutelar e inspecionar os organismos, instituições ou serviços), o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social (órgão consultivo), as Direcções-Gerais de Saúde e de Assistência ( direcção e acção tutelar) e a Inspeção da Assistência Social. O Decreto-Lei nº. 35108 veio especificar a orgânica e as funções dos organismos de assistência social. O ministro do Interior, pelo *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* dirigia a política de assistência e orientava, tutelava e inspecionava os organismos, instituições ou serviços que a prestavam<sup>344</sup>.



**Tab. 3:** Órgãos superiores de assistência, segundo o *Estatuto da Assistência Social* (1944).

Ao Conselho Superior de Higiene e Assistência Social competia emitir pareceres ou propostas fundamentadas sobre planos de acção ou programas de realização nesta

<sup>343</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 113.

<sup>344</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35108. *Diário do Governo, Série I*. 247 (1945-11-07), p. 899.

área, normas técnicas a seguir em serviços de saúde e assistência, projectos de novas construções ou grandes ampliações de institutos ou serviços, delimitação das zonas climáticas e sanatoriais e reformas legislativas. Fazia, da mesma forma, parte das suas funções sugerir as providências que considerava convenientes para a melhoria da assistência social. De modo a obter a coordenação de todas as actividades que interessavam à saúde e à assistência, seriam sujeitas à apreciação do Conselho as medidas tomadas neste domínio pelos serviços dependentes de outros ministérios. Este órgão funcionava sob a presidência do ministro do Interior ou do subsecretário de Estado da Assistência Social ou, por sua delegação, do director-Geral de Saúde ou do director-Geral de Assistência. No seio deste Conselho seriam constituídas oito secções (salubridade; higiene geral e da alimentação e epidemiologia; sanidade internacional, tuberculose; oncologia; assistência psiquiátrica e higiene mental; defesa da família; estudos e inquéritos sociais). Contudo, em 1951, apenas tinham sido constituídas as três primeiras secções<sup>345</sup>.

As Direcções-Gerais de Saúde e de Assistência passavam, através da Lei nº. 1998, a serem compostas por órgãos centrais e regionais. Estes últimos seriam constituídos por delegações com jurisdição sobre um ou mais concelhos às quais competia representar a direcção, executar as suas ordens e promover a coordenação das actividades locais de saúde e de assistência. Pela primeira vez, encontramos legisladas as competências destas duas direcções-gerais, que seriam melhor explicitadas através do Decreto-Lei nº. 35108, de que já fizemos referência.

À *Direcção-Geral de Saúde* competia adoptar as medidas profilácticas e terapêuticas indispensáveis à defesa e protecção da saúde, à melhoria das condições fisiológicas da população e à prevenção e ao combate das doenças endémicas e epidémicas. Esta Direcção-Geral possuía dois tipos de serviços: os serviços administrativos e os serviços técnicos. Os serviços técnicos eram os serviços de salubridade, de profilaxia de doenças infecciosas e sociais, de higiene rural e defesa antissezonática, de higiene do trabalho e da indústria, de alimentação e bromatologia, da higiene da infância, da defesa sanitária dos portos e do exercício de farmácia<sup>346</sup>.

---

<sup>345</sup> Cf. PINHO, Bernardo de, *op. cit.*, p. 41.

<sup>346</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35108, p. 906.

À *Direcção-Geral de Assistência* competia fomentar, dirigir e coordenar a acção das instituições de assistência oficiais e particulares. Os seus serviços administrativos eram distribuídos por duas repartições. A 1ª Repartição realizava o expediente relativo à acção da assistência, à tutela dos necessitados e assistidos, ao contencioso e aos órgãos jurisdicionais, ao pessoal, à redacção do *Boletim da Assistência Social*, à biblioteca e arquivo geral e ao expediente não privativo. A 2ª Repartição tratava dos assuntos de contabilidade, da fiscalização administrativa das instituições, da concessão de subsídios, do inventário do património das instituições, da estatística e da administração do *Boletim da Assistência Social*<sup>347</sup>.

Da *Direcção-Geral de Assistência* fazia parte a Inspecção da Assistência Social. Este organismo abrangia todas as actividades de saúde e de assistência, competindo-lhe: colaborar nos inquéritos e estudos convenientes ao desenvolvimento das actividades de saúde e de assistência; inspecionar as instituições ou serviços de assistência; fiscalizar a execução de normas técnicas e a aplicação, por parte das instituições dos subsídios destinados à assistência; sugerir modificações estatutárias ou regulamentares; estudar a coordenação local das actividades de assistência; inspecionar o serviço de inquérito<sup>348</sup>.

No que era relativo aos órgãos locais de assistência social, estes destinavam-se a promover e a coordenar as actividades de saúde ou assistência na sua área de jurisdição. Eram eles as delegações e subdelegações de saúde e as comissões regionais de assistência. Em cada distrito do continente existia uma delegação de saúde, directamente subordinada ao director-geral de Saúde. Em cada delegação existia um delegado e o pessoal que fosse indispensável ao seu serviço. Em cada concelho funcionava uma subdelegação de saúde, que coadjuva a delegação distrital. Os subdelegados de saúde eram nomeados entre os médicos municipais.

Enquanto o Estado não dispusesse de instalações adequadas, constituía despesa obrigatória das câmaras municipais o fornecimento do edifício devidamente mobilado para o funcionamento do serviço. Aos delegados de saúde competia superintender todos os serviços da delegação, orientar e inspecionar os serviços a cargo dos subdelegados, dos médicos municipais e das casas do povo, a fim de assegurarem a assistência médica rural. Caso tivesse conhecimento de casos de doenças infecciosas deveria tomar as

---

<sup>347</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 35108, p. 908.

<sup>348</sup> Ibidem, p. 910.

providências necessárias à não propagação das infecções. Os subdelegados de saúde possuíam as mesmas funções aplicáveis dos delegados de saúde nos concelhos<sup>349</sup>.

Directamente subordinadas à *Direcção-Geral de Assistência* estavam as comissões regionais de assistência. Em cada concelho funcionava uma comissão municipal de assistência, enquanto em cada freguesia funcionava uma comissão paroquial de assistência. A acção destas comissões de assistência era coordenada, em cada província, por um Conselho Provincial de Assistência, com sede na Junta de Província. A este Conselho competia emitir pareceres sobre os planos de assistência social acomodados às circunstâncias e necessidades da província e submetidos à aprovação do governo e sobre a distribuição de subsídios pelas instituições de assistência. Do mesmo modo, cabia ao Conselho Provincial de Assistência prestar às comissões de assistência da província a colaboração necessária.

Comissões Municipais de Assistência
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher os elementos necessários à organização e realização do plano de assistência na área</li> <li>• Cooperar com a Direcção Geral na coordenação das instituições locais de assistência</li> <li>• Promover a prestação de assistência aos que tivessem domicílio de socorro na sede do concelho</li> <li>• Dar parecer sobre o grau de insuficiência económica dos assistidos</li> <li>• Promover a criação de centros de assistência social preponderantes para a área</li> <li>• Dar parecer sobre orçamento e contas das instituições assistenciais da área</li> <li>• Aprovar orçamentos de instituições inferiores a 100.000\$</li> <li>• Organizar e julgar as contas dos legados pios</li> <li>• Colaborar na organização e funcionamento dos serviços de inquérito assistencial</li> <li>• Propor a distribuição de subsídios pelas comissões paroquiais</li> <li>• Providenciar o lançamento extraordinário de derramas por parte das Câmaras Municipais, com o fim exclusivo de ocorrer</li> </ul>
Comissões Paroquiais de Assistência
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar assistência aos necessitados que tenham domicílio de socorro na respectiva freguesia</li> <li>• Propor a distribuição de subsídios pelas instituições de assistência da sua área</li> <li>• Colaborar com as comissões municipais, prestando-lhes as informações necessárias</li> <li>• Colaborar na organização e funcionamento do Inquérito Assistencial</li> </ul>

**Tab. 4:** Atribuições das comissões municipais e paroquiais de assistência, segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945).

<sup>349</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35108, p. 910.

Direcção-Geral de Saúde	Direcção-Geral de Assistência
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumprir e fazer cumprir leis, tratados e convenções</li> <li>• Elaborar e executar planos de acção sanitária</li> <li>• Promover a criação de hospitais e outros estabelecimentos</li> <li>• Estabelecer normas para construção, ampliação e modificação de hospitais e outros estabelecimentos</li> <li>• Autorizar a abertura e fiscaliza o funcionamento de hospitais</li> <li>• Proceder ao exame médico da população</li> <li>• Orientar a assistência médica à infância</li> <li>• Estabelecer e fiscalizar as normas de salubridade dos aglomerados urbanos, locais de trabalho e habitações</li> <li>• Estabelecer e fiscalizar o cumprimento de regras relativas à profilaxia de doenças profissionais</li> <li>• Dar parecer sobre o período de trabalho diário do pessoal das indústrias insalubres ou perigosas</li> <li>• Colaborar com o INTP em assuntos de higiene e saúde ambiental</li> <li>• Fiscalizar o estado sanitário do pessoal ligado à indústria alimentar</li> <li>• Proceder à vigilância sanitária da imigração e da emigração</li> <li>• Fiscalizar os navios e estabelecer regras de higiene nas embarcações</li> <li>• Divulgar as noções gerais de profilaxia e higiene, individuais e colectivas</li> <li>• Ordenar o exame preventivo dos suspeitos de doenças transmissíveis e promover o seu internamento</li> <li>• Propor a obrigatoriedade da vacina preventiva</li> <li>• Proceder a estudos relativos à higiene da alimentação e fiscalizar os bens alimentares de consumo</li> <li>• Regulamentar e fiscalizar a profissão farmacêutica</li> <li>• Fiscalizar o exercício da Medicina e profissões auxiliares</li> <li>• Emitir directrizes técnicas para autarquias, instituições de assistência e previdência e outros organismos que prestem assistência médica</li> <li>• Administrar as dotações orçamentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceder a estudos e inquéritos destinados ao conhecimento das necessidades gerais ou regionais de assistência</li> <li>• Organizar anualmente o plano de melhoramentos e propor a concessão das comparticipações e subsídios</li> <li>• Informar no que era respeitante a estabelecimentos e serviços em regime de comparticipação</li> <li>• Fomentar as iniciativas particulares e promover a criação das instituições indispensáveis</li> <li>• Exercer a tutela administrativa das instituições particulares de assistência</li> <li>• Submeter à aprovação do Ministério do Interior os estatutos das instituições de assistência</li> <li>• Expedir as instruções necessárias para a elaboração dos orçamentos dos estabelecimentos de assistência</li> <li>• Tomar conhecimento e aprovar os orçamentos e contas das instituições da assistência social</li> <li>• Informar sobre as dúvidas que se suscitem na liquidação de responsabilidades pecuniárias em que sejam credoras instituições de assistência e promover a sua cobrança coerciva</li> <li>• Administrar as dotações orçamentais e as receitas eventuais para a assistência pública</li> <li>• Superintender nos serviços de inquérito assistencial e na prestação de socorros urgentes</li> <li>• Exercer a tutela social dos necessitados e assistidos</li> <li>• Orientar a formação técnica do pessoal destinado a serviços de assistência</li> <li>• Emitir pareceres sobre o funcionamento de novas instituições, estatutos e compromissos, organização dos orçamentos, regimes de comparticipação</li> <li>• Superintender na publicação do Boletim da Assistência Social</li> <li>• Executar o expediente do gabinete do Subsecretário de Estado da Assistência Social</li> <li>• Orientar e superintender os serviços de assistência a cargo dos governos civis, das autarquias e das instituições de previdência</li> </ul>

**Tab. 5:** Atribuições da *Direcção-Geral de Saúde* e da *Direcção-Geral de Assistência*, segundo o Decreto-Lei n.º 35108 (1945).

Algumas instituições passaram, através do Decreto-Lei nº. 35108, a ser consideradas organismos especiais de saúde e de assistência, gozando de uma autonomia técnica e administrativa, e podendo receber subsídios e aceitar heranças, legados ou doações. Da mesma forma, a sua administração podia ser confiada a instituições de assistência de carácter laico ou religioso. A *Câmara Corporativa* concordava com o acentuar do carácter autónomo de alguns estabelecimentos, de modo a “retirar o carácter burocrático aos serviços de saúde e assistência”, beneficiando em termos de gestão das vantagens reconhecidas à administração privada, base de uma descentralização<sup>350</sup>.

Organismos Especiais	Organismos Equiparados a Especiais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais Cívicos de Lisboa</li> <li>• Hospitais da Universidade de Coimbra</li> <li>• Hospital Joaquim Urbano</li> <li>• Hospitais das Caldas da Rainha</li> <li>• Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge</li> <li>• Instituto Malariologia de Águas de Moura</li> <li>• Serviços Anti-Rábico e Vacínico de Coimbra</li> <li>• Instituto Anti-diabético de Coimbra</li> <li>• Parque Sanitário</li> <li>• Estabelecimentos balneares e de águas mineromedicinais</li> <li>• Hospitais e Postos de Combate a Doenças Infecciosas</li> <li>• Centros de Assistência Social</li> <li>• Centros de Saúde e Profilaxia</li> <li>• Dispensários</li> <li>• Postos de consulta e socorros</li> <li>• Postos de medicamentos de urgência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços de assistência médica aos emigrantes portugueses</li> <li>• Serviços de orientação técnica, recolha e preparação de meios preventivos e terapêuticos na luta contra as epidemias</li> <li>• Cursos de ensino sanitário para a preparação de médicos e outros agentes sanitários</li> <li>• Serviços de investigação científica e propaganda sanitária</li> <li>• Brigadas móveis de luta contra a tuberculose, paludismo, cancro, lepra e outras doenças infecciosas.</li> <li>• Brigadas móveis de serviços de cirurgia geral e especialidades clínicas (estomatologia, otorrino e oftalmologia)</li> <li>• Brigadas móveis de assistência materna e infantil</li> </ul>

**Tab. 6:** Organismos especiais e equiparados a especiais, segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945).

O Centro de Inquérito Assistencial tinha a sua sede em Lisboa, uma delegação no Porto e subdelegações ou secções nos distritos, concelhos ou freguesias, segundo a sua categoria. A esta organização competia colaborar com as comissões paroquiais de

<sup>350</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 116.



assistência na organização do cadastro e no recenseamento dos pobres ou indigentes, prestar aos serviços e instituições de assistência informações sobre a indigência ou grau de pobreza dos que reclamavam socorros, cooperar na coordenação e fiscalização da Assistência Social, informar sobre a eficiência dos socorros prestados e promover a prestação de socorros urgentes. Esta instituição constituía, pois, mais um instrumento de controlo e vigilância do regime no seio do *Ministério do Interior*, havendo criado um complexo sistema de informação.

Quanto aos órgãos de coordenação da assistência, estes serviam para orientar e coordenar, em determinadas modalidades, a acção da assistência das instituições particulares e completar essa acção através da organização e manutenção dos estabelecimentos e serviços necessários. Estes órgãos eram dependentes do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*, tinham a sua sede em Lisboa, prevendo-se o desenvolvimento de delegações e subdelegações. Possuíam personalidade jurídica, podendo possuir bens próprios e administrar as suas receitas.



**Tab. 7:** Órgãos de coordenação da assistência, segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945).

Ainda no que dizia respeito à orgânica dos serviços de saúde e de assistência, a *Câmara Corporativa*, no seu Parecer 9/III, chamava a atenção para a dispersão dos serviços, em parte evitável. As soluções possíveis apontadas por este órgão prendiam-se com a concentração destes serviços no *Ministério do Interior* ou em um novo *Ministério da Educação e Assistência Social*, ou com a criação de um *Ministério das Corporações, Previdência e Assistência Social* ou mesmo de um *Ministério da Assistência Social*.

Também Júlio Botelho Moniz assumia que a “assistência social é falha de orgânica, dando lugar à divergência e à duplicidade”<sup>351</sup>. Por tal, considerava aconselhável que na futura reforma da assistência, todas as obras preventivas e curativas ficassem dependentes do mesmo órgão superior de orientação. Na sua opinião, era necessário reformar a orgânica existente. Na verdade, o Decreto-Lei nº. 35108, publicado em obediência ao *Estatuto da Assistência Social* trouxe mudanças importantes e inovadoras. O diploma ter-se-á ficado a dever a Trigo de Negreiros<sup>352</sup>, mas teve o grave inconveniente de estabelecer instituições de saúde autónomas, independentes, originando uma situação que complicaria a coordenação dos serviços de saúde nos anos seguintes.

#### 2.2.4. A Saúde e a Assistência no *II Congresso da União Nacional*

Em Maio de 1944 realizou-se o *II Congresso da União Nacional*, onde se debateram, uma vez mais, as políticas de saúde e de assistência. Para tal, seria nomeada uma subsecção no interior da secção de Política Interna. A 17ª Subsecção era relativa à higiene, saúde pública e assistência no Estado Corporativo, e era presidida pelo director geral de saúde, José Alberto de Faria, tendo como vice-presidente Fernando da Silva Correia<sup>353</sup>.

No que era relativo às teses apresentadas, observou-se, desta feita, novas preocupações, distintas das apresentadas no I Congresso. Uma dessas preocupações prendia-se com a prestação de cuidados de saúde às populações rurais. São inúmeras as

---

<sup>351</sup> Cf. O Estudo do Problema Hospitalar. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 17-19, Julho a Setembro 1944, p. 121.

<sup>352</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 339.

<sup>353</sup> **Fernando da Silva Correia (1893-1966):** natural do Sabugal, licenciado em medicina pela *Universidade de Coimbra* em 1917, tirou em Lisboa, no início da década de vinte, as especialidades de medicina Ssanitária e de hidrologia. Estabeleceu prática clínica nas Caldas da Rainha, em 1919, assumindo, em 1921, os cargos de médico municipal e delegado de saúde. Em 1934, foi nomeado inspector da 3ª Área da Saúde Escolar e iniciou a sua carreira docente como professor no *Instituto Central de Higiene Dr. Ricardo Jorge*. Tornou-se director deste instituto entre 1946 e 1961. De 1935 a 1957 foi também docente no *Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa*. Possui uma vasta obra científica, com mais de cem títulos, incidindo sobre temas de higiene e saúde pública, higiene escolar, medicina social, assistência, história da saúde, história das misericórdias... Cf. ALMEIDA, Maria Antónia Pires de Almeida – Correia, Fernando da Silva. In UNIVERSIDADE DE LISBOA - *Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia* [Em linha], [cons. 6 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <http://www.ciuhct.com/index.php/pt/biografias/357-correia-fernando-da-silva.html>

teses apresentadas àquele congresso, que contemplavam esta temática. Carlos Ponte Leça, autor da tese intitulada “Assistência Médico-Social Rural”, explica-nos a causa desta preocupação por parte do regime. Em primeiro lugar, o autor assumia a quase inexistência destes serviços no seio da população rural. Por outro lado, avocava que nos meios rurais se encontravam as maiores deficiências, devido à “ignorância” e às más condições económicas dos seus habitantes. Tal “ignorância” por parte da população levava a uma má compreensão dos seus deveres, sublinhava o autor, chegando muitas vezes a “recusar serviços clínicos gratuitos que se lhe oferecem”<sup>354</sup>.

Hipólito Alvares, autor da tese intitulada “Assistência Médica Rural”, médico e governador civil do distrito de Évora, defendia um plano de colaboração entre as actividades locais, a quem competia assegurar os serviços, e entre estes e os de grau superior, regionais, que deveriam facultar-lhes o apoio necessário para os tornar eficientes<sup>355</sup>. José Lopes Dias<sup>356</sup>, por seu turno, defendia que a assistência rural dever-se-ia iniciar nas freguesias rurais e marítimas, tendo por fim aperfeiçoar a assistência médica e generalizar a assistência social à maternidade e à infância, combater as doenças sociais, a sífilis, a tuberculose, o cancro, a lepra, o tracoma e os surtos epidémicos. Era necessário, segundo ele, modificadas as circunstâncias ocasionadas pela II Guerra Mundial, organizar os serviços de urgência e de socorros ambulatoriais nos meios rurais, de modo a contribuir para o progresso da assistência polivalente a toda a população portuguesa, “em lamentável atraso perante a assistência social moderna”<sup>357</sup>. Contudo, apesar dos problemas apontados, o Congresso reconhecia a eficácia da

---

<sup>354</sup> Cf. LEÇA, Carlos Pontes – Assistência Médico-Social Rural. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 77.

<sup>355</sup> Cf. ALVARES, Hipólito – Assistência Médica Rural. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 5-16.

<sup>356</sup> **José Lopes Dias (1900-1976)**: médico e escritor, nasceu no concelho de Penamacor. Em 1923, formou-se em medicina pela *Universidade de Coimbra*. Em 1925, frequentou os hospitais de Paris. Realizou várias viagens de estudo a Espanha (em 1923 e 1928) e a Itália (1931). Fundou, com o apoio da *Junta Geral do Distrito de Castelo Branco*, em 1930, o *Dispensário de Puericultura de Castelo Branco* e as colónias marítimas de crianças da praia da Nazaré. Foi médico em Penamacor durante três anos e, em Castelo Branco, foi médico escolar. Colaborou com diversos jornais e revistas, de entre elas salienta-se a sua colaboração com a *Saúde Escolar*. Consagrou-se com estudos referentes à história da Medicina e à Medicina Social. Como médico escolar, foi colaborador em estudos de higiene das escolas primárias, dos liceus e das universidades. Em 1946, com Firmino Costa, preparou a tradução das *Sete Centúrias de Curas Médicas*, obra de Amato Lusitano. Cf. DIAS, José Lopes. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.], vol. XV, p. 448.

<sup>357</sup> Cf. DIAS, José Lopes – Assistência Rural – Aplicação Prática, Regional e Geral dos Princípios Técnicos. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 28-31.

“assistência corporativa e a sua doutrina em clínica rural satisfaz por completo as classes trabalhadoras”<sup>358</sup>.

Para além destes estudos de âmbito nacional, neste congresso discutiram-se vários estudos de caso, relatando experiências da acção medico-social em Setúbal<sup>359</sup>, na zona de Castelo Branco<sup>360</sup>, no distrito da Guarda<sup>361</sup>, no concelho de Leiria<sup>362</sup> e no concelho de Faro<sup>363</sup>, facto que constitui uma inovação quando comparado com o verificado no primeiro congresso. Existiu, contudo, uma linha de continuidade no que era relativo à preocupação com a saúde e a assistência materno-infantis. Mário Tavares de Sousa, médico e professor na *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*, foi autor de uma tese em que sublinhava a necessidade da extensão dos benefícios da assistência materno-infantil a todo o país, essencialmente às populações rurais<sup>364</sup>. Da mesma forma, Maria Luísa Van Zeller<sup>365</sup> seria autora de uma tese que chamaria a atenção para a importância e complexidade do problema da defesa da mãe e da criança, num país em que a natalidade estava a decrescer e a mortalidade infantil tinha

---

<sup>358</sup> Cf. SILVA, M. Pereira da – A Assistência Corporativa ao Serviço da Nação. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 111.

<sup>359</sup> Cf. SOUSA FIALHO – Experiência da Acção Medico-Social em Setúbal. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 60-62.

<sup>360</sup> Cf. PROENÇA, António – Primeiros Resultados de uma Experiência Medico-Social na zona de Castelo Branco. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 63-65.

<sup>361</sup> Cf. SARDO, Fernando Silva – Hospitais do Distrito da Guarda. Algumas Considerações sobre o seu Aproveitamento num Plano de Assistência Hospitalar Distrital. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 70-72.

<sup>362</sup> Cf. HENRIQUES, Duarte Gorjão – Uma Experiência Medico-Social no Concelho de Leiria. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 67.

<sup>363</sup> Cf. NOGUEIRA, João Moniz – Um Plano de Assistência à Maternidade e à Infância no Concelho de Faro. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 66.

<sup>364</sup> Cf. SOUSA, Mário Tavares de – A Assistência Materno-Infantil e a sua Extensão às Populações Rurais. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 72.

<sup>365</sup> **Maria Luísa Van Zeller (1906-1983)**: médica, licenciada pela *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa* em 1932. Foi médica interna dos *Hospitais Cívicos de Lisboa*, assistente no I.P.O., directora do *Instituto Maternal* e directora da *Maternidade Alfredo da Costa*. Foi comissária-adjunta da *Mocidade Portuguesa Feminina*, em 1938, membro da Comissão Executiva da *Obra das Mães*. Entre 1963 e 1971, foi subdirectora e posteriormente Directora-Geral de Saúde. Foi, ainda, membro do *Conselho de Acção Social* e deputada da *Assembleia Nacional*. Cf. COSTA PINTO, António; BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009. vol. II, p. 801.

aumentado<sup>366</sup>. É, da mesma forma, de assinalar as teses destinadas a condenar o aborto, da autoria dos médicos José de Paiva Boleo e Jaime de Paula Rosa<sup>367</sup>.

Se, de facto, a saúde e a assistência materno-infantis continuavam a preocupar a elite intelectual do regime, neste congresso, a saúde escolar, por seu turno, ganhou grande preponderância. Seria um assunto debatido no seio da 17ª subsecção, mas seria essencialmente e mais proficuamente abordado na 16ª secção intitulada “Educação Nacional: Cultura Física e Desportos”, tendo como presidente o Tenente Coronel Álvaro Salvação Barreto, diretor-geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar. Em grandes linhas gerais, o *II Congresso da União Nacional* concluiu pela necessidade de alargamento da assistência médico-pedagógica a todas as escolas primárias do país, com particular relevo nos meios rurais, por médicos escolares especializados. Este alargamento tinha como objectivo “o fim patriótico e humanitário de combater, na criança portuguesa, o depauperamento físico (...) a favor da higiene da escola e da saúde dos alunos”<sup>368</sup>.

Se a saúde escolar e a saúde materno-infantil eram tema de diversas teses, a importância da família, enquanto elemento de organização política, era também considerada fulcral, como prova a existência de uma subsecção para a sua defesa, a 2ª subsecção, intitulada “Elementos de Organização Política: Família (Sua Defesa Demográfica, Moral e Jurídica)”. Esta subsecção seria presidida por Luiz da Câmara Pinto Coelho, advogado e Governador-Civil de Castelo Branco. A família parecia ocupar um lugar primevo na reconstrução nacional, fulcro da estrutura cristã à volta da qual o Estado Novo se estruturou. Era, por isso, necessária uma vigorosa defesa da família, “encarando afoitamente a adopção de severas medidas de sanidade moral”,

---

<sup>366</sup> Cf. VAN ZELLER, Maria Luísa – Orientação Técnica e Administrativa dos Meios de Defesa Materno-Infantil. In *II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 19.

<sup>367</sup> Cf. BOLEO, José de Paiva – Algumas Causas Sociais com que se Pretende Justificar o Aborto. In *II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 55; ROSA, Jaime de Paula – Abortos e Esterilidades Criminosos e por Imprudência. O Papel do Médico e o seu Dever Social. In *II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 56.

<sup>368</sup> Cf. MONIZ, Manuel Sereto; MONIZ, José Manuel de Carvalho – Orientação e Técnica da Medicina Escolar nas Escolas Primárias. In *II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 16ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 153-155.

actuando a família como “factor fundamental de regeneração da raça, de morigeração dos costumes e de combate à prostituição e à indigência”<sup>369</sup>.

Neste congresso surgiu, pela primeira vez, uma preocupação pela assistência farmacêutica, essencialmente às populações mais pobres. No seio da 17ª secção surgiam pelo menos duas teses nesta área, que chamavam a atenção desta vertente da assistência à doença no lar pobre, tão importante quanto a assistência médica ou a assistência alimentar. Da mesma forma, era preocupante a assistência medicamentosa às populações rurais, prevendo-se o estabelecimento de postos distribuidores de medicamentos em locais onde o estabelecimento de uma farmácia não se justificasse, em mercê da fraca densidade populacional<sup>370</sup>.

Na 10ª subsecção intitulada “Política Social do Estado Corporativo: Organização e Previdência”, presidida por Manuel Rebelo de Andrade, juiz do *Tribunal de Trabalho de Lisboa*, ex-subsecretário de Estado das Corporações e Previdência e colaborador de Pedro Teotónio Pereira, encontramos uma tese defendida por Mário Cardia<sup>371</sup>, onde este assumia, de forma um pouco contraditória, que a assistência para a doença organizada pelo regime corporativo era extensa, embora não abrangesse a maioria das classes economicamente débeis. Essa assistência, contudo, não o satisfazia do ponto de vista sanitário, devido à escassez de recursos e a uma “organização naturalmente hesitante”<sup>372</sup>. O autor defendia, ainda, a implementação de um seguro geral obrigatório da doença, embora não considerasse aconselhável a sua instauração imediata, dado o país não estar social e economicamente preparado. Pelo que seria mais aconselhável uma melhor organização da previdência, concentrando os serviços existentes num

---

<sup>369</sup> Cf. ALMEIDA, António Augusto de – A Defesa da Família, como Factor Fundamental de Regeneração da Raça, de Morigeração dos Costumes e de Combate à Prostituição e à Indigência. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 2ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 5-6.

<sup>370</sup> Cf. LISBOA, João Gomes Branco; CARVALHO, Manuel da Silva – Assistência Farmacêutica aos Pobres. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 101-105; IDEM – Exercício de Farmácia e Assistência Farmacêutica. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 106 – 110.

<sup>371</sup> **Mário Cardia (1898-1974)**: médico e publicista, foi director de serviço de diversos hospitais. Além da sua actividade enquanto clínico (ginecologia, cirurgia), dedicou-se a problemas profissionais e médico-sociais e à imprensa médica. Fundou e dirigiu os semanários *Jornal do Médico*, *O Médico* e as *Actas Gynaecologica et Obstretica Hispanica Lusitana*. Foi membro de diversas sociedades portuguesas e estrangeiras e colaborador na enciclopédia Verbo. Vide Cardia (Mário). In *Verbo Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura. Século XXI*. Lisboa: Verbo, 1963-?, vol. 4, p. 123.

<sup>372</sup> Cf. CARDIA, Mário – Previdência Social para a Doença. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 10ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 25-31.

organismo único de previdência e um comando único no tratamento de assuntos relativos à medicina social, ao trabalho e à assistência às classes mais vulneráveis. Para tal, era aconselhável a criação de um ministério, que abrangesse os serviços que estavam dispersos por vários departamentos governamentais.

Se o *I Congresso da União Nacional* foi marcado, nesta área, por uma profusão de teses demonstrando o ponto de vista ideológico do regime face à saúde e à assistência, podemos considerar que o II Congresso foi menos profícuo neste tema. Na verdade, as teses que desenvolvem apenas o ponto de vista ideológico do regime foram escassas neste Congresso, substituídas por artigos concernentes a problemas mais práticos e estudos de caso, em detrimento de problemas mais teóricos.

Um desses artigos, da autoria de Mário Cardia, versava sobre a assistência na doença às classes pobres. Nele, o autor considerava necessária uma assistência na doença a todos os portugueses. Contudo, para tal, era necessário proceder-se a uma divisão da população em dois grupos: os pobres, que não poderiam pagar qualquer parcela das suas despesas, e aqueles que só o conseguiriam fazer parcialmente. Da mesma forma, propunha a organização de uma *Assistência Nacional aos Doentes Pobres* (A.N.D.P.), que tinha como objectivo garantir a assistência de clínica geral, gratuita, aos doentes mais carenciados<sup>373</sup>.

Humberto de Bettencourt, na sua tese defendida naquele congresso, chamava a atenção para as relações conceituais entre assistência pública e assistência privada. Segundo Bettencourt, graves danos tinham provocado aos estabelecimentos particulares de assistência “a falsa suposição pública de que a Assistência Oficial (...) se propunha substituir e eliminar as obras de piedade já existentes (...) tradicionalmente vinculadas aos preceitos da doutrina cristã”<sup>374</sup>. Por tal, tornava-se necessário tomar providências no sentido de fazer desaparecer esta confusão corrente, através de uma exacta definição dos limites de uma e de outra assistência. Como defensor da assistência privada, defendia a concessão àquelas instituições dos recursos financeiros a que se viam privadas, ainda em mercê da desamortização, “não com carácter de subsídios incertos e eventuais, mas

---

<sup>373</sup> Cf. CARDIA, Mário – Assistência às Classes Pobres na Doença. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 36-41.

<sup>374</sup> Cf. BETTENCOURT, Humberto – Relações entre a Assistência Pública e Privada. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 44-45.

sim como legítima e segura receita de que possam dispor nos seus orçamentos”<sup>375</sup>. Embora não o proferindo, torna-se claro que o autor se refere especificamente à situação das misericórdias e ao problema levantado pela sua possível laicização, como veremos posteriormente.

Outro artigo de base ideológica seria da autoria de Fernando da Silva Correia. Nele, o autor dissertava com o problema da assistência enquanto simples «Direito» dos pobres, considerando-o insuficiente por si só. A única solução para esse problema, na sua opinião, era considerar a assistência assentando num «Dever», pois “se o Direito é limitado, como não pode deixar de ser, o dever é ilimitado, como a própria miséria”<sup>376</sup>. Nesse sentido, era necessário pôr em prática o conceito de “Nação Caritativa”, tradicional em Portugal, desvirtuado ao longo dos séculos. Propunha, ainda, a elaboração de uma *Declaração dos Direitos dos Pobres*, diferente do Direito habitualmente invocado.

Como podemos observar, embora a ideologia, em matéria de saúde e de assistência, não se tivesse alterado entre o I e o II Congressos da União Nacional, neste último ela já não assumiu fulcral importância, como acontecera na primeira edição do simpósio. Se o *I Congresso da União Nacional* versou essencialmente sobre questões teóricas do papel do Estado e dos particulares nesta área, o II Congresso preocupou-se essencialmente com questões mais técnicas, casos específicos, e o alargamento dos cuidados a um maior número de portugueses, sob a forma de assistência materno-infantil, escolar, previdência, assistência aos mais pobres e às populações rurais.

### **2.2.5. O Nascimento da O.M.S. e da CÁRITAS**

Nos anos de 1945 e 1946 observaram-se mudanças na direcção do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*, na *Direcção-Geral de Saúde* e na *Direcção-Geral de Assistência*. Dinis da Fonseca, que passou para a *Subsecretaria de*

---

<sup>375</sup> Cf. BETTENCOURT, Humberto, *op. cit.*, p. 45.

<sup>376</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – Assistência «Direito» e Assistência «Dever». In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 79-82.



*Estado das Finanças*, foi substituído por Joaquim Trigo de Negreiros<sup>377</sup>, no cargo de subsecretário de Estado da Assistência Social. Trigo de Negreiros, por seu turno, abandonou o *Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social*, para iniciar funções ao nível da assistência social. Na *Direcção-Geral de Assistência*, a partir de 1944, encontramos Guilherme Possolo<sup>378</sup>, enquanto Director-Geral. Na *Direcção-Geral de Saúde*, José Alberto Faria foi substituído, em 1948, por Augusto Travassos. No *Ministério do Interior* também se notou uma remodelação. Em Fevereiro de 1947, o ministro Júlio Botelho Moniz foi substituído por Augusto Cancela de Abreu<sup>379</sup>, então ministro das Obras Públicas e Comunicações.

A 22 de Julho de 1946, nascia a *Organização Mundial de Saúde*, fundada pela *Conferência Internacional da Saúde*, onde participaram representantes de sessenta países, convocados pelas *Nações Unidas*. Apesar de ter sido a primeira das instituições especializadas estabelecidas pela O.N.U., não resultou de uma criação *ab initio*. A O.M.S. resultava da fusão de uma série de organismos internacionais de higiene, mundiais e regionais: *Office International d'Hygiene Publique* (fundada em Paris, em 1908, para regular as quarentenas), *Organization d'Hygiène de la Société des Nations* (constituída em 1921 para fazer face às terríveis epidemias que assolaram a União

---

<sup>377</sup> **Joaquim Trigo de Negreiros (1900-1973):** magistrado e político, foi conservador do registo civil e predial de Esposende e Valpaços. Licenciado em Direito pela *Universidade de Coimbra*, foi uma das personalidades políticas mais influentes no norte do país. Foi governador civil do Porto (1938-1941), presidente da *Câmara Municipal de Vila Flor* (1926-1927), subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social (1940-1944), subsecretário de Estado da Assistência Social (1945-1950), ministro do Interior (1950-1958). Procurador à *Câmara Corporativa*, entre a III e a X Legislaturas. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 198.

<sup>378</sup> **Guilherme Possolo (1889-?):** director-geral de assistência e bacharel em Direito, tirou o curso dos Liceus em 1906. Fez, posteriormente, o curso de Direito na *Universidade de Coimbra*, concluído em 1911. Foi admitido por concurso de provas públicas na *Direcção-Geral de Assistência Pública*, em 1916, sendo promovido a chefe de repartição em 1919. Desempenhou funções na *Misericórdia de Lisboa* como representante do *Ministério do Interior*. Ascendeu ao cargo de Director-Geral de Assistência, em 1944. Vide POSSOLO, Guilherme. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa, Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, vol. XX (1954), p. 920-921; Cf. Dr. Guilherme Possolo: A sua Aposentação. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 111/112, Janeiro/Junho, 1953, p. 127.

<sup>379</sup> **Augusto Cancela de Abreu (1895-1965):** engenheiro civil e administrador de empresas. Licenciado em Engenharia Civil pelo *Instituto Superior Técnico*, foi director dos *Caminhos de Ferro de Cascais*, administrador dos *Caminhos de Ferro da Beira Alta* e da *Companha Nacional de Fiação e Tecidos de Torres Novas*. Membro do Conselho de Estado, procurador à *Câmara Corporativa*, foi deputado e ministro das Obras Públicas e Comunicações (1944-1947) e ministro do Interior (1947-1950). Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 89.

Soviética e a Europa Central), o *Bureau Sanitaire Pan-americain* e os serviços médicos da U.N.R.R.A.<sup>380</sup>.

Sedeada no Palácio das Nações, em Genebra, onde funcionavam os seus serviços técnicos, a O.M.S. desenvolveu-se rapidamente, descentralizando-se, e criando delegações em vários locais do mundo. Os seus serviços técnicos compreendiam: legislação internacional sobre processos de quarentena e sua aplicação; serviços de informação epidemiológica para todo o mundo; difusão diária de um boletim radiotelegráfico sobre o comportamento da varíola, da cólera, e de outras epidemias; uniformização internacional das estatísticas sanitárias, das farmacopeias, dos medicamentos, e de soros, vacinas e outros produtos biológicos<sup>381</sup>.

Era também função da O.M.S. fornecer avisos e ajudas técnicas aos governos internacionais, fornecendo aconselhamento especializado. Da mesma forma, era sua atribuição a coordenação da investigação científica internacional, de forma a acelerar o progresso científico e técnico. Esta organização avaliava e auxiliava os Estados contra doenças epidémicas, parasitárias, sociais, grandes endemias tropicais, na protecção materno-infantil, na higiene mental, nas técnicas sanitárias, na organização hospitalar, formação de recursos humanos, nas estatísticas médicas, na luta contra a droga e o alcoolismo...

Em 1946, Portugal colaborou na *Constituição da O.M.S.*<sup>382</sup>, que defendia que a “saúde é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social”<sup>383</sup>. Essencial para a paz e a segurança dos povos, a *Constituição da O.M.S.* considerava que esta dependia “da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados”<sup>384</sup>. Assumindo e colaborando com este documento, Portugal assumia a saúde como um direito de todos os cidadãos, pelo menos do ponto de vista teórico, perante os parceiros internacionais.

---

<sup>380</sup> Cf. BIRAUD, Yves – La Lutte contre les Maladies: Organisation Mondiale de la Santé. In *Pax Romana*. Suisse, n.º.3, Juin 1957, pp. 4,10.

<sup>381</sup> Cf. BIRAUD, Yves, *op. cit.*, p. 4.

<sup>382</sup> Cf. PINHO, Bernardino – Defesa Sanitária: Princípios, Realizações e Efeitos. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 107/110, Janeiro/Dezembro, 1952, p. 27.

<sup>383</sup> Cf. O.M.S. – *Constitution of the World Health Organization*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: [http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf\\_files/constitution-en.pdf](http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf).

<sup>384</sup> IDEM - *Ibidem*.

Em 1948, a *Assembleia Mundial de Saúde*, dividiu o mundo em seis regiões: as regiões africana, americana, asiática do sudeste, europeia, Mediterrâneo oriental e Pacífico ocidental. Paulatinamente foi possível organizar os gabinetes relativos a cada região. A organização regional para a Europa só foi instituída em 1952. Nesse ano, realizou-se em Portugal, em Lisboa, a 2ª secção ordinária do Comité Regional da Europa da O.M.S., como comprova a necessidade de elaborar o respectivo programa e de constituir uma comissão organizadora da recepção aos delegados estrangeiros<sup>385</sup>.

Os comités regionais eram constituídos por representantes dos Estados membros e por membros associados da região em questão. Portugal continental, insular e ultramarino, em 1954, fazia parte de quatro comités regionais: Europa, África, Ásia do Sudeste e do Pacífico Ocidental. Em 1953, Portugal recebia cinco bolsas para o estudo da epidemiologia e da profilaxia de doenças infecciosas, a organização de serviços sanitários nos portos e aeroportos, a administração da saúde pública e a bioquímica alimentar<sup>386</sup>. Em 1955, o director-geral de saúde, Augusto da Silva Travassos, foi nomeado representante de Portugal na 5ª reunião do Comité Regional da Europa da O.M.S.<sup>387</sup>.

Em 1954, Portugal aprovava o Regulamento nº. 1 da O.M.S., adoptado pela 1ª *Assembleia Mundial de Saúde* e assinado em Genebra, a 24 de Julho de 1948. Tal regulamento era relativo à nomenclatura das patologias e suas causas, de forma a standardizar as publicações estatísticas<sup>388</sup>. No ano seguinte, em 1955, Portugal passava a integrar o Conselho Executivo daquela organização. O Conselho Executivo era composto por 18 membros, designados por outros tantos países eleitos pela *Assembleia Mundial de Saúde*, e tinha funções governativas.

A delegação portuguesa à *Assembleia da O.M.S.* estudara meticulosamente a posição do país naquela organização. A seu favor, possuía o estatuto de observador na conferência preparatória de Nova Iorque, em 1946, a confirmação e ratificação da sua *Constituição*, em 1948, fazendo parte do grupo de Estados que eram considerados “fundadores”. Portugal também tomara parte em todas as sessões da Assembleia, satisfazendo, em tempo útil, as suas obrigações financeiras para com a Organização. O

---

<sup>385</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 38852. *Diário do Governo, I Série*. 174 (1952-08-08), p. 811-812.

<sup>386</sup> Cf. PINHO, Bernardino de - Organizações Internacionais: Notas e Comentários. In *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, nº.1, 1954, p. 32-36.

<sup>387</sup> Cf. PORTARIA. *Diário do Governo, II Série*. 174, (1955-08-30), p. 812.

<sup>388</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 39721. *Diário do Governo, I Série*. 144, (1954-07-03), p. 727-757.

nosso país estava, também, representado em 4 comités regionais (europeu, africano, da Ásia do Sudeste e do Pacífico Ocidental). Portugal fora o primeiro país da Europa a oferecer a hospitalidade na recepção para a reunião do respectivo Comité Regional, realizado em Lisboa, a 25 de Setembro de 1952. Posto isto, o nosso país, na 8ª *Assembleia Mundial da Saúde*, foi designado como eleitor de um membro para o Conselho Executivo<sup>389</sup>.

Esta eleição, segundo o regime, demonstrava “a boa posição de Portugal na vida internacional”, sendo felicitado Augusto da Silva Travassos, designado para o Conselho Executivo da O.M.S. O director-geral de Saúde seria, ainda, o relator da 16ª reunião daquele Conselho. O subsecretário de Estado da Assistência Social, José Guilherme de Melo e Castro encarou com grande regozijo este feito, interessado pelas relações dos serviços de saúde e assistência com a O.M.S.<sup>390</sup>.

Em 1956, visitava oficialmente Portugal, o director-geral da O.M.S., o médico brasileiro Marcolino Gomes Candau. A recepção portuguesa expôs-lhe o esforço que o país havia desenvolvido, especialmente no que respeitava aos aspectos curativos da administração sanitária. Evidenciaram-se-lhe o labor legislativo do *Ministério do Interior* e as grandes realizações relativas à construção e equipamento de hospitais. O médico visitou alguns estabelecimentos, como o *Hospital de Santa Maria*, o *Instituto de Oncologia*, a *Leprosaria Rovisco Pais*, o *Centro de Vacinação e Recenseamento Torácico da Zona Sul do I.A.N.T.* e, em Coimbra, obras várias da *Junta de Província da Beira Litoral*<sup>391</sup>.

Não lhe passaram despercebidas, na opinião do subsecretariado de Estado da Assistência Social, “nem se procurou ocultar-lhe as vastas lacunas da nossa administração sanitária preventiva, quer de doutrina, quer de organização e de coordenação com as várias e dispares estruturas medico-sociais existentes no país, quer de realizações praticas quer sobretudo de pessoal técnico”<sup>392</sup>. Dr. Candau fez observações sobre a descoordenação que notou entre estabelecimentos, entre institutos, entre direcções-gerais, ministérios: “não se compreende que um país governado por um

---

<sup>389</sup> Cf. PINHO, Bernardino de – Crónica Internacional: Portugal no Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Vol. II, nº. 2, Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Abril-Junho 1955, p. 7-13.

<sup>390</sup> Cf. PINHO, Bernardino de – Crónica Internacional: Portugal no Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde, p. 14.

<sup>391</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10 A, pt. 8.

<sup>392</sup> IDEM - *Ibidem*, pt. 8.

tão grande economista como o Dr. Salazar adopte métodos tão pouco económicos na administração da saúde”<sup>393</sup>. A resposta, segundo consta em documento patente no *Fundo Oliveira Salazar*, foi que o governo estava a preocupar-se com o problema, especialmente no que respeitava ao regime de relações de assistência e saúde com a previdência.

Marcolino Gomes Candau, não deixaria, ainda, de apontar a existência de um problema de escassez de qualidade e quantidade de recursos humanos, da sua formação e treino. Escassez não tanto de médicos, mas sobretudo de enfermeiras, parteiras e visitadoras. O Dr. Candau concordaria que a falta de interesse quase total dos médicos portugueses pela saúde preventiva, só por si explicava o menor relevo deste sector. Contudo, na reforma das faculdades de medicina havia finalmente sido incluída no plano de estudos, a cadeira de medicina social. O problema da preparação do pessoal sanitário e a necessidade inadiável de, neste domínio, se realizar um esforço de monta, seria o mote para um pedido de auxílio à O.M.S., condição para que o subsecretariado pudesse continuar à altura da sua missão<sup>394</sup>.

Em Abril e Maio de 1958, visitaria Portugal, o *Grupo Itinerante de Estudos de Administração de Saúde Pública da O.M.S.* Por tal, houve necessidade de estabelecer o respectivo programa e de constituir a comissão organizadora da recepção ao grupo<sup>395</sup>. O conjunto era constituído por 21 médicos, representantes de vários países, incluindo os do bloco de Leste, como fazia questão de referir a revista *Hospitais Portugueses*. O grupo percorreria o país de norte a sul, ficando “encantados e surpreendidos: encantados com as gentilezas de que foram alvo e surpreendidos com a soma de trabalhos e realizações dos serviços de Saúde e Assistência portugueses”<sup>396</sup>.

Ao longo dos anos, a O.M.S. atribui várias bolsas a investigadores portugueses, como seria o caso de Fernando de Melo Caeiro, então adjunto dos serviços técnicos de profilaxia da *Direcção-Geral de Saúde* e interno graduado dos *Hospitais Cívicos de Lisboa*. Através de uma bolsa concedida por aquela *Organização*, em 1964, o médico deslocou-se à Jugoslávia, de modo a encetar um estudo sobre a organização dos serviços de saúde naquele país, nomeadamente na República da Croácia. Nesse sentido, visitaria

---

<sup>393</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10 A, pt. 8.

<sup>394</sup> IDEM – *Ibidem*, pt. 8.

<sup>395</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 41551. *Diário do Governo, Série I*, 46, (1958-03-06), p. 456.

<sup>396</sup> Cf. Grupo Itinerante da Organização Mundial de Saúde: Sua visita ao nosso país. In *Hospitais Portugueses*, 71, Maio 1958, p. 23.

a escola de saúde pública daquele país, bem como os institutos de saúde pública da Croácia e de Zagreb, o instituto de imunologia, o hospital de doenças infecciosas e alguns centros de saúde rurais e urbanos<sup>397</sup>.

Fernando de Melo Caeiro, ainda com bolsa concedida pela O.M.S., visitaria a zona de demonstração de saúde pública da Thessália, na Grécia, nomeadamente o *Centro de Saúde Pública de Larissa* e a *Escola de Higiene de Farsala*. O investigador efectuaria dois longos relatórios sobre as visitas, publicados no *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*<sup>398</sup>. É interessante observar o interesse do investigador pelos serviços de saúde de dois países ou regiões sob a influência comunista.

A crescente necessidade assistencial por parte da população portuguesa, levou ao nascimento de mais uma organização com fins caritativos. Em Portugal, no ano de 1946, foram aprovados os estatutos da CÁRITAS, *União de Caridade Portuguesa*, aprovados por despacho do subsecretário de Estado da Assistência Social, a 9 de Maio daquele ano. Com sede em Lisboa, esta associação destinava-se a colaborar com todas as organizações particulares, civis e religiosas – portuguesas e estrangeiras – na protecção aos menores no meio familiar, escolar e profissional. Dada a situação mundial do pós-guerra, esta associação organizaria um serviço especial de socorro às crianças estrangeiras vítimas da guerra<sup>399</sup>.

Esta agremiação tinha, como um dos objectivos primordiais, a promoção da defesa da criança, no aspecto físico e moral. Para a sua efectivação, organizou os serviços necessários, tais como creches, lactários, refeitórios, consultas de pediatria... Como observámos, a CÁRITAS nasceu no período pós II Guerra Mundial, no sentido de auxiliar as crianças portuguesas e estrangeiras, vítimas da guerra. Salazar, conforme despacho datado de 8 de Abril de 1948, considerava a sua actividade bastante meritória, digna de maior relevo e maior carinho, devendo para ela canalizar os fundos obtidos pelo Episcopado e pela *Cruz Vermelha*<sup>400</sup>.

---

<sup>397</sup> Cf. CAEIRO, Fernando de Melo - A organização dos serviços de saúde na Jugoslávia. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. XII, 1965, p. 121-128.

<sup>398</sup> Cf. CAEIRO, Fernando de Melo – Zona de demonstração de saúde pública da Thessália. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. XII, 1965, p. 130-134.

<sup>399</sup> Cf. Estatutos da CARITAS. In ANTT - *Arquivo Oliveira Salazar*, IN-2B, Cx.309, pt. 3.

<sup>400</sup> Cf. SALAZAR – Despacho de 8 de Abril de 1948. In ANTT - *Arquivo Oliveira Salazar*, IN-2B, Cx.309, pt. 3.

Se esta organização nascia de forma laica, a publicação, em 1950, de novos estatutos, alargavam o seu âmbito de actuação e passavam a ligá-la à Igreja Católica. As suas finalidades essenciais passariam por: promover a criação de associações e instituições de assistência social, cuja necessidade se fizesse sentir; coordenar e auxiliar a acção das associações e instituições de carácter católico que tivessem por objecto a assistência social; colaborar, no campo internacional, com as organizações católicas congéneres; assistir aos necessitados em caso de calamidade pública, sempre que não existisse organização apropriada no desempenho de determinada missão e em casos de conveniência para os interesses da assistência católica, mediante prévia determinação do Episcopado<sup>401</sup>.

Mais uma prova da crescente carestia social da população portuguesa seria a proibição da mendicidade. Com o dealbar da II Guerra Mundial, Portugal conhecia um período de crise profunda. Às cidades chegavam, dia a dia, pessoas que abandonavam os campos, demandando emprego e uma vida melhor. Contudo, nos centros urbanos, o trabalho começava a escassear, acabando por condenar algumas dessas pessoas à pobreza e à mendicidade. No início da década de 1940, a quantidade de mendigos aumentaria exponencialmente. O Estado Novo pretendia solucionar este problema social através da criação de albergues distritais, onde eram detidos os indigentes<sup>402</sup>.

A mendicidade seria decretada como um vício, sendo o “mendigo” aquele que explorava em proveito próprio, directa ou indirectamente, a caridade pública, de forma aparente ou disfarçada. A mendicidade seria proibida, em 1947, pelo Decreto-Lei n.º 36448<sup>403</sup>. Tal demonstrava que a resolução para este problema social estava longe de o ser. Interessava superiormente ao regime a ocultação da miséria e da pobreza, do que a melhoria de vida desta desprotegida população.

O diploma criava, ainda, serviços especiais de assistência aos indigentes e postos de detenção, albergues, casas e centros de trabalho. Os serviços especiais destinavam-se a socorrer os mendigos através de um auxílio domiciliário, que para além da doação de roupa e alimentação, contava com a prestação de assistência médica ou farmacêutica. Contudo, os assistidos deveriam compensar, sempre que o pudessem, com a prestação

---

<sup>401</sup> Cf. Estatutos da CÁRITAS. In ANTT - *Arquivo Oliveira Salazar*, IN-2B, Cx.309, pt. 3

<sup>402</sup> Cf. COSTA, Sara - A Mendicidade é Proibida em Todo o País. In PAÇO, António Simões do [dir.] - *1946-1948. As Oportunidades Perdidas da Oposição*. Colecção Os Anos de Salazar, n.º. 7. [s.l.]: Planeta DeAgostini, 2008, p. 141.

<sup>403</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 36448. *Diário do Governo, Série I*. 176, (1947-01-08), p. 741-743.

de trabalho compatível com a sua situação. Os serviços especiais de assistência também processavam ao internamento dos indigentes em hospitais, hospícios e asilos, nos casos em que não fosse possível recorrer ao apoio domiciliário<sup>404</sup>. Tal política encheria dezenas de camas dos hospitais de agudos com casos de natureza social, o que seria mais uma das razões para o funcionamento pouco eficiente destas organizações. A coordenação destes serviços de assistência aos mendigos competia às comissões municipais e paroquiais de assistência.

### **2.2.6. Trigo de Negreiros: o ideólogo do Regime.**

Na fase final da década de quarenta, Portugal reajustava-se à nova realidade internacional assomada após a II Guerra Mundial. Nesse âmbito, o nosso país integraria, primeiramente, a *Organização Europeia de Cooperação Económica* (O.E.C.E.) e, posteriormente, a *Organização das Nações Unidas* (O.N.U.). No âmbito da sua adesão à O.E.C.E., Portugal participaria no *Plano Marshall* que, para além do auxílio indirecto, beneficiou directamente o nosso país com uma verba que ultrapassaria os 54 milhões de dólares<sup>405</sup>. Fernanda Rollo, que estudou pormenorizadamente as vicissitudes deste apoio financeiro, sustenta que este terá sido um dos primeiros passos para a internacionalização da economia portuguesa. A adesão de Portugal ao *Plano Marshall* terá permitido reduzir o *deficit* da balança de pagamentos, terá auxiliado um incipiente processo de industrialização, contribuindo para o desenvolvimento de vias de comunicação, da produção de novas formas de energia e facilitado o abastecimento de bens alimentares essenciais para debelar a crise económica que se avolumava no pós-guerra, minorando-lhe os efeitos económicos e sociais<sup>406</sup>. À integração de Portugal no *Plano Marshall* podemos associar um maior planeamento económico materializado em sucessivos «planos de fomento», como veremos adiante, embora, como sublinhe a autora, ainda não seja possível compreender como foram utilizados estes fundos.

---

<sup>404</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 36448, p. 743.

<sup>405</sup> Cf. ROLLO, Maria Fernanda – Portugal e o Plano Marshall: história de uma adesão a contragosto (1947-1952). In *Análise Social*, vol. XXIX, 128, 1994, p. 841-869.

<sup>406</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 869.



A 2 de Agosto de 1950, Joaquim Trigo de Negreiros seria nomeado ministro do Interior, durante um processo de renovação ministerial<sup>407</sup>. Para o substituir como subsecretário de Estado da Assistência Social, foi nomeado, a 5 de Março de 1951, Alberto Ribeiro Queirós<sup>408</sup>. No acto da posse deste novo membro do governo, Trigo de Negreiros proferiu declarações onde reafirmava a sua convicção de que o papel do Estado na área da assistência era meramente acessório. Segundo ele, a ideia de que cabia ao Estado resolver os problemas da miséria e da doença só traria graves consequências a nível social. O papel do Estado não passava, pois, de uma “utopia”, incapaz de acabar com os flagelos sociais, apenas atenuando os seus efeitos de ordem material e espiritual<sup>409</sup>.

O novo subsecretário de Estado da Assistência Social parecia não estar em pura sintonia com o seu antecessor, ao nível das funções do Estado na área social. No seu discurso de posse, apesar de referir não poder dispensar a valiosa colaboração dos particulares, defendia que a assistência social não podia ser resolvida pela simples caridade cristã e pela generosidade particular, devendo assentar no reconhecimento dos deveres da sociedade para com os cidadãos. Ainda nesse ano, num congresso sobre cancro laríngeo, o subsecretário de Estado da Assistência Social defendia que “se na conservação e defesa da saúde cabe o principal papel aos médicos, na do bem-estar, o principal lugar pertence aos governantes”<sup>410</sup>. Contudo, enquanto Alberto Ribeiro Queiroz abria novas perspectivas para a política sanitária e assistencial portuguesa, Trigo de Negreiros fazia, em 1949, republicar a sua tese, apresentada no *II Congresso da União Nacional*, onde defendia precisamente uma perspectiva caritativa e assistencialista da política estatal nesta área.

Em 1951, Carlos Diniz da Fonseca<sup>411</sup>, chefe da repartição da *Direcção-Geral de Assistência*, fazia a apologia das misericórdias, reconhecendo que elas consagravam o

---

<sup>407</sup> Cf. DECRETO n.º. 37930. *Diário do Governo, I Série*. 153 (1950-08-02), p. 1.

<sup>408</sup> Cf. DECRETO n.º. 38190. *Diário do Governo, I Série*. 43 (1951-03-05), p. 1.

<sup>409</sup> Cf. Novo Subsecretário de Estado da Assistência: Dr. Alberto Ribeiro Queiroz. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 95/100, Janeiro/Junho, 1951, p. 9-11.

<sup>410</sup> Cf. A ressurreição das Misericórdias em Portugal. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 83/85, Janeiro/Março, 1950, p. 88.

<sup>411</sup> **Carlos Augusto de Azevedo Mendes Diniz da Fonseca (Torres Novas, 1915 – Lisboa, 2004):** licenciado em Direito pela *Universidade de Coimbra*, foi dirigente da respectiva associação académica entre 1937-1938. Membro do *Centro Académico da Democracia Cristã*, era primo de Joaquim Diniz da Fonseca. Filho de Álvaro Diniz da Fonseca, conservador do *Registo Civil de Torres Novas*, era irmão do

preceito legislativo que reconhecia a actividade assistencial às iniciativas particulares, cumprindo apenas ao Estado apoiá-las e supri-las no que se mostrassem insuficientes, orientá-las e fiscalizá-las, “nunca esquecendo que orientar, coordenar e fiscalizar não é o mesmo que absorver ou dominar”<sup>412</sup>.

O mesmo autor acreditava que atribuir ao Estado o monopólio de toda a assistência hospitalar, modo de pensar que havia se espalhado, “se não chega a ser comunizante, é acentuadamente socialista [...] Há que combatê-lo em nome dos preceitos da verdadeira civilização cristã”<sup>413</sup>. Para tal, convinha, em sua opinião, “promover forte e persistente acção educativa e doutrinária [...] e incutir nas inteligências e nas almas a ideia de que [...] ao Estado não compete toda a iniciativa nem toda a execução da obra a realizar”<sup>414</sup>. Tal linha de pensamento culminava numa perspectiva fatalista e resignada da ineficácia dos serviços de assistência pública: “sempre na terra haverá pobreza e, sobretudo, sempre haverá quem sofra e quem chore”<sup>415</sup>. Diniz da Fonseca defendia, ainda, o aumento progressivo e substancial dos subsídios de cooperação aos hospitais particulares e a promulgação de disposições legislativas que largamente os beneficiassem.

Em 1953, Guilherme Possolo, foi substituído, na pasta da *Direcção-Geral de Assistência*, por Agostinho Joaquim Pires, magistrado que desempenhava funções judiciais, administrativas e políticas, dirigindo o *Governo Civil de Faro*. Durante a sua posse, Trigo de Negreiros, ministro do Interior, pronunciou um longo discurso, que sublinhava o dever do regime em considerar a iniciativa de beneficência privada como factor de progresso da assistência. Mais uma vez, defendia a iniciativa particular, considerando caber à assistência oficial um carácter supletivo, ainda que orientador e

---

médico Álvaro Diniz da Fonseca. Toda a sua vida profissional decorreu em ligação com os sectores sociais. Entre funções várias, desempenhou as de provedor adjunto da *Misericórdia de Lisboa* e de secretário da *União das Misericórdias Portuguesas*. Publicou diversos estudos relativos às misericórdias, aos montepios, à assistência pública e particular, sendo a sua obra-prima a *História e Actualidade das Misericórdias*. Cf. GOMES, Jesué Pinharanda – Dois sabugalenses historiadores das Misericórdias. In *Capeia Arraiana* [Em linha], [cons. 19 de Abril 2016]. Disponível em WWW: <http://capeiaarraiana.pt/2015/06/07/dois-sabugalenses-historiadores-das-misericordias-2/>

<sup>412</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos – Da Organização Hospitalar do País. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 111/112, Janeiro/Junho, 1953, p. 49.

<sup>413</sup> IDEM - Ibidem, p. 49.

<sup>414</sup> IDEM – Ibidem, p. 64.

<sup>415</sup> IDEM - Ibidem, p. 65.

fiscalizador das instituições privadas<sup>416</sup>. Contudo, “sob pena de se negar a si próprio”, considerava que o Estado não poderia deixar de ter uma política de saúde, considerando como um dos seus deveres primaciais “o cuidado da saúde pública e a necessidade de assegurar a todos a devida assistência hospitalar”<sup>417</sup>.

As palavras de Agostinho Joaquim Pires, no momento da sua posse como director-geral de Assistência, exprimem factualmente a ideologia do grande mentor da política assistencial do regime: o ministro do Interior, Trigo de Negreiros. Conforme ditaria, ao Estado através do *Ministério do Interior*, competia a definição da política social, cabendo apenas à *Direcção-Geral de Assistência* a sua execução. Mas, embora “não me caiba definir nem princípios nem objectivos [...] toda a legislação promulgada é de inspiração ou autoria de Vossa Excelência [Trigo de Negreiros] e todo o pensamento orientador do funcionamento dos serviços e da sua coordenação é também da sua concepção”<sup>418</sup>. Como podemos observar, o novo director-geral de Assistência considerava-se um instrumento ao serviço do ministro do Interior, o grande estratega da política assistencial do regime, esvaziando o papel do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*.

A par disso, a *Ordem dos Médicos* começava a conceber uma política unitária e alargada, de âmbito social, na qual a saúde deveria passar a fazer a parte integrante da política social do regime<sup>419</sup>. Ainda em 1953, Fernando da Silva Correia publicava uma verdadeira ode à política de saúde pública de Salazar, no *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*. Para o director daquele Instituto, nunca a saúde pública havia conhecido tão notável esforço por parte do Estado, devendo-se “mais do que a ninguém, ao Doutor Oliveira Salazar, à sua competência administrativa, à sua cultura especial e geral, à sua firmeza e persistência, à sua austeridade, ao seu prestígio, sem o que quaisquer forças seriam impotentes, para o manter no poder”<sup>420</sup>. Contudo, o

---

<sup>416</sup> Cf. Um Notável Discurso do Senhor Ministro do Interior. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 111/112, Janeiro/Junho, 1953, p. 65.

<sup>417</sup> Cf. 27 de Abril de 1953: O Chefe de Estado Inaugurou Solenemente o Gigantesco Hospital. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p. 125.

<sup>418</sup> Cf. A Posse do Novo Director Geral de Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p. 130.

<sup>419</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 198.

<sup>420</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – O que a saúde Pública deve ao Doutor Oliveira Salazar. Separata do *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*, ano VIII, nº. 38, 1953, p. 16.

autor admitia a inactividade da *Direcção-Geral de Saúde* na luta contra a tuberculose, a lepra, o cancro, a mortalidade infantil, a malária e a saúde escolar, por falta de orçamento e pela dispersão dos serviços por vários ministérios.

A 12 de Maio de 1954, tomava posse um novo subsecretário de Estado da Assistência Social, José Guilherme de Melo e Castro<sup>421</sup>, a convite de Salazar. No discurso da sua posse, o novo subsecretário de Estado confirmava a sua fé na política social, centrado na ideia de uma necessária elevação do nível de vida do povo português. Advertia, ainda, para a importância da boa e especificamente preparada administração dos serviços hospitalares, acumuladores de grandes volumes orçamentais do Estado. Corroborando a opinião do seu superior hierárquico, o ministro do Interior Trigo de Negreiros, considerava “sábua e prudente” a acção supletiva do Estado: “foi sábio o legislador porque não impôs ao Estado o ónus do investimento em tantas e tantas modalidades de assistência não só acessíveis à iniciativa particular mas onde a caridade espontânea [...] pode ser o imprescindível”<sup>422</sup>. Tempo ainda houve para algumas palavras de elogio ao subsecretário cessante, Alberto Ribeiro Queirós, que terá pedido a sua exoneração “por motivos imperiosos da sua vida particular”<sup>423</sup>.

No discurso de tomada de posse de Melo e Castro, Trigo de Negreiros voltou a encetar um longo discurso, onde sublinhava a sua posição ideológica quanto ao papel do Estado ao nível da saúde e da assistência. É interessante a mensagem que deixava, destacando a história da assistência portuguesa, diferente da dos outros povos, sendo o melhor direccionamento da política centrado na “tradição multi-secular do que em exemplos alheios”<sup>424</sup>. Mais uma vez, sublinhava a feição supletiva do Estado, que era necessário conservar “bem viva”, estimulando os sentimentos de solidariedade, os pilares da assistência privada, “para não nos perdermos no labirinto de concepções que

---

<sup>421</sup> **José Guilherme Matos Rato de Melo e Castro (1914-1972):** licenciado em Direito pela *Universidade de Coimbra*. Foi advogado, juiz conselheiro do *Tribunal de Contas* e o mais “liberal” dirigente da *União Nacional*, a ele se devendo o facto de terem sido eleitos deputados os mais significativos membros da “ala liberal”, nas listas de 1969. Entre 1944 e 1947, foi governador civil de Setúbal. Entre 1954 e 1957, foi subsecretário de Estado da Assistência Social, de onde saiu para assumir o cargo de provedor da *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 321.

<sup>422</sup> Cf. A Posse do Novo Subsecretário de Estado da Assistência Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.115 /116, Janeiro/Junho, 1954, p. 225-237.

<sup>423</sup> Ibidem, p. 231.

<sup>424</sup> Ibidem, p. 226.

não nos pertencem e que, sob pretexto de aumentarem o bem-estar colectivo, poderiam reduzir a vida social a uma verdadeira charneca de almas”<sup>425</sup>.

Contudo, Melo e Castro apenas exerceu a função de subsecretário de Estado da Assistência Social durante três anos. Em 1957, solicitava a sua exoneração do cargo “por motivos de saúde”<sup>426</sup>, para ocupar o de provedor da *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, sendo substituído por Emídio Beirão Pires da Cruz<sup>427</sup>.

Na mais recente biografia de Melo e Castro, da autoria de Joana Reis, a autora descreve-nos as discordâncias do subsecretário com Trigo de Negreiros, divergências de “ordem teórico-ideológica, mas também financeira”<sup>428</sup>. Segundo a autora, observado como um homem de regime, Melo e Castro era um dos menos alinhados com o Estado Novo, denotando grande preocupação social. Durante a sua passagem pelo *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* pediu autorização a Salazar para viajar até Inglaterra, onde foi obter mais informações acerca do *welfare state* e ver de perto os serviços de saúde e de assistência daquele país.

Melo e Castro apontava vários problemas ao sector sanitário e assistencial, nomeadamente a carência de enfermeiros, a falta de estruturação da carreira médica e o facto de Portugal se encontrar longe de satisfazer as necessidades mínimas indispensáveis neste sector. Contudo, a sua maior luta era o combate à tuberculose. O subsecretário apoiava a implementação de enfermarias-abrigo, capazes de proporcionar um rápido isolamento dos doentes contagiosos e um refúgio para os doentes incuráveis. No entanto, acreditava que a prevenção era a melhor forma de combate à doença,

---

<sup>425</sup> Cf. A Posse do Novo Subsecretário de Estado da Assistência Social, p. 228.

<sup>426</sup> Cf. Doutor Pires da Cruz: Novo Subsecretário de Estado da Assistência Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.129 /130, Julho/Dezembro, 1957, p. 212-218; Cf. DECRETO nº. 41137. *Diário do Governo, I Série*. 128 (1957-06-03).

<sup>427</sup> **Emídio Beirão Pires da Cruz (1913-1968)**: doutorado em Direito pela *Universidade de Lisboa*, foi promotor de justiça, jurista dos mais abalizados. Colaborou com o ministro da justiça, Adriano Vaz Serra, foi procurador da República junto da *Relação do Porto* e ajudante do procurador-geral da República até 1954, quando ascendeu a juiz conselheiro do *Supremo Tribunal Administrativo*. Exerceu, ainda, funções de professor na *Universidade de Lisboa*. Vide O Novo Subsecretário de Estado da Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.127 /128, Janeiro/Junho, 1957, p. 212; *Doutor Pires da Cruz: Novo Subsecretário de Estado da Assistência Social*, p. 214; Cf. DECRETO nº. 41138. *Diário do Governo, I Série*. 128 (1957-06-03).

<sup>428</sup> Cf. REIS, Joana – *Melo e Castro: o provedor que dizia sim à democracia*. Alfragide: Casa das Letras, 2013, p. 57.

sublinhando a importância de um programa sistemático de radiorastreio, de vacinação e de isolamento dos doentes contagiosos<sup>429</sup>.

Com o auxílio das misericórdias, Melo e Castro conseguiu desenvolver a instalação de enfermarias-abrigo. Contudo, encontrou um grande bloqueio por parte de Trigo de Negreiros e pelo ministro das Finanças, Pinto Barbosa, que falharam no apoio financeiro ao projecto, autorizando a alta dos doentes alojados naquelas instituições, por falta de verbas. Este grave incidente foi o catalisador para a sua saída do cargo governamental, ocorrendo a sua exoneração a 3 de Junho de 1957. Na verdade, as desavenças com Trigo de Negreiros pareciam ser uma constante, nomeadamente porque o ministro não dava seguimento a determinadas questões, que acabavam por ficar pendentes<sup>430</sup>.

Na tomada de posse do novo subsecretário de Estado da Assistência Social, Emídio Beirão Pires da Cruz, uma vez mais, Trigo de Negreiros sublinhou que a beneficência privada era a base e condição do progresso da assistência, aconselhando o novo subsecretário a fomentar este tipo de iniciativas. Pires da Cruz apresentou uma “brilhante oração”, onde admitiu que cabia ao Estado a “estruturação de uma política protectora da saúde do povo, visando o seu bem-estar e a sua felicidade”<sup>431</sup> e o dever de estruturar a assistência social. Contudo, tal não significava, segundo o autor, que se minimizassem as iniciativas particulares, pois “não pode o Estado pretender, num totalitarismo condenável, substituir por completo a acção individual”<sup>432</sup>. Era, pois, necessária uma estruturação e articulação, no plano geral, da previdência, da assistência e da segurança social, segundo Pires da Cruz.

Em 1957, Coriolano Ferreira<sup>433</sup> publicou um artigo intitulado “Assistência Social Portuguesa”, um resumo histórico e orgânico da assistência em Portugal. Nesse

---

<sup>429</sup> Cf. REIS, Joana, *op. cit.*, p. 61.

<sup>430</sup> IDEM, *ibidem.*, p. 69.

<sup>431</sup> Cf. Doutor Pires da Cruz: Novo Subsecretário de Estado da Assistência Social, p. 216.

<sup>432</sup> *Ibidem*, p. 218.

<sup>433</sup> **Coriolano Albino Ferreira (1916-1996):** advogado, administrador hospitalar e professor universitário. Iniciou a sua carreira de advogado em Coimbra, presidindo, em 1944, à *Caixa Regional de Abono de Família do Distrito de Coimbra*. Em 1939, foi nomeado subdelegado do I.N.T.P., cargo que ocupou até 1949. Em 1944, foi nomeado chefe dos serviços administrativos dos *Hospitais da Universidade de Coimbra*, passando, em 1950, a desempenhar as funções de administrador daquele hospital. Entre 1956 e 1961, foi administrador do *Hospital de Santa Maria*. Posteriormente, foi nomeado administrador do *Hospital de São João*. Presidiu, ainda, às *Comissões Inter-hospitalares de Lisboa e do Porto* e foi o primeiro director-geral da *Direcção-Geral dos Hospitais*. Dirigiu, ainda, a *Escola Nacional de Saúde Pública*, entre 1976 e 1986, onde criou o primeiro curso de Administração Hospitalar. Do ponto

documento, o autor definia a assistência como integral (porque se propunha a valer todos os males, de natureza sanitária, económica, moral, afectiva, social...), construtiva (porque, para além de remediar males, aspirava a um aperfeiçoamento do indivíduo), preventiva e social. Da mesma forma, sublinhava a acção supletiva do Estado, a este nível, considerado como um “zelador da ordem, coordenador de actividades e defensor do interesse colectivo”<sup>434</sup>.

Coriolano Ferreira parece ser, de facto, o grande introdutor, em Portugal, do conceito de “segurança social”, que fazia questão de destrinçar. Na sua opinião, este conceito espelhava a solidariedade das nações, abarcando desde a simples garantia do salário e da saúde com Beveridge, à garantia contra a miséria e o medo expressos na *Carta do Atlântico*. Economicamente, era uma forma de redistribuição dos rendimentos. Socialmente, era uma forma de equilíbrio nacional indispensável entre os indivíduos e politicamente, uma forma de por ao alcance dos cidadãos os meios necessários para a resolução das suas crises e se aperfeiçoarem<sup>435</sup>.

O mesmo autor brinda-nos com a distinção entre assistência, previdência e segurança social. Segundo ele, a assistência concedia uma expectativa moral de auxílio, enquanto a segurança social dava um direito subjectivo. A mesma assistência criava responsabilidade nos indivíduos, dada mediante inquérito às necessidades individuais, enquanto a segurança social criava essa responsabilidade na nação. A previdência era dirigida a certas profissões, cobrindo os riscos a elas ligados, enquanto a segurança social garantia direitos a todos os cidadãos, cobrindo todos os riscos. Contudo, esta última cobria-se de “perigos morais”, podendo ser considerada uma forma de socialismo, possuindo limites morais pela anuência do sector católico internacional<sup>436</sup>.

Ainda sob a vigência de Emídio Beirão Pires da Cruz enquanto subsecretário de Estado da Assistência Social, seria criado o *Instituto Nacional do Sangue*. Este órgão de coordenação da assistência, era dependente do *Ministério do Interior*, através da *Direcção-Geral de Assistência*, dotado de personalidade jurídica e autonomia técnica e

---

de vista editorial, foi director da revista *Hospitais Portugueses*, sendo a sua actuação determinante na fundação da *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vide GRAÇA, Luis – No centenário do nascimento de um pioneiro e de um líder, a quem a nossa saúde pública muito deve: Coriolano Ferreira (1916-1996). In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Maio-Agosto, 2016, p. 4-6.

<sup>434</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Assistência Social Portuguesa: Apontamentos sobre a sua História, seus Princípios e sua Organização. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XI, nº. 72-73, Fevereiro-Março, 1957, p. 11-12.

<sup>435</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – *Assistência, Previdência e Segurança Social*, p. 76.

<sup>436</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 77.

administrativa. As suas principais atribuições baseavam-se na coordenação, orientação e fiscalização das actividades, oficiais e particulares, relacionadas com a colheita, preparação e fornecimento de sangue e seus derivados<sup>437</sup>.

### **2.2.7. A Saúde e a Assistência no *III* e *IV* Congressos da União Nacional**

No *III Congresso da União Nacional*, realizado em Coimbra, em Novembro de 1951, a saúde e a assistência foram debatidas na primeira secção, concernente à apreciação da obra administrativa, social, cultural e política dos 25 anos da Revolução Nacional. Mais uma vez, neste congresso, o debate ideológico sobre as funções do Estado a este nível aparece esbatido, tendo sido esta, essencialmente, uma oportunidade para realizar um ponto da situação sobre a obra pregressa do regime, em termos de saúde e assistência. As várias teses apresentadas ganhariam, pois, um cunho revivalista e memorialista, tentando reafirmar os efeitos positivos da política do Estado Novo nesta matéria.

Na verdade, não se regista um debate sobre o papel do Estado neste âmbito, parecendo que o regime assimilara o seu dever de prestação assistencial. É o que encontramos na tese defendida por Fernando Magalhães Cardoso, inspector-chefe da Assistência Social, e Amadeu Lobo da Costa<sup>438</sup>, director dos serviços técnicos da *Direcção-Geral de Saúde*. Nela, a assistência era definida como impulso voluntário dos particulares e função do Estado, podendo ser “pública”, utilizando um critério de “ordem pública” ou “social”, dominada pelo critério de harmonia social<sup>439</sup>. A esta definição não existiu resposta contrária de nenhum dos sectores.

---

<sup>437</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 41498. *Diário do Governo, Série I*. 1 (1958-01-02), p. 2.

<sup>438</sup> **Amadeu Lobo da Costa**: licenciado em medicina pela *Universidade de Coimbra*, especializou-se em urologia na *Faculdade de Medicina da Universidade de Paris*. Foi inspector da Assistência Social e director dos serviços técnicos da *Direcção-Geral de Saúde*. Cf. Amadeu Lobo da Costa. In FERREIRA, Coriolano [dir.] - *Hospitais Portugueses*, Coimbra: Tip. Atlântida, nº8., Janeiro/Março, 1950, p. 43.

<sup>439</sup> Cf. CARDOSO, Fernando Magalhães e LOBO DA COSTA, Amadeu – A Obra Assistencial do Estado Novo: Tradições e Princípios. In *III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 21.



Uma novidade neste congresso foi o debate sobre a importância crescente dos acidentes de trabalho, das doenças profissionais e da implementação da medicina do trabalho, considerada parte integrante da medicina social. Apesar da ausência de estatísticas, Henrique Pereira Parreira, inspetor do *Tribunal do Trabalho*, chamava a atenção para a necessidade de solucionamento do problema da saúde no trabalho, de alto interesse nacional, com reflexo na economia do país<sup>440</sup>. Por seu turno, o médico Luís Guerreiro sublinhava o problema da silicose, doença grave e bastante frequente, recentemente conhecida e para a qual os médicos ainda não possuíam formação especializada<sup>441</sup>.

Se, por um lado, do ponto de vista ideológico, o debate não se centrava no esclarecimento das funções do Estado e dos particulares na área da saúde e da assistência, seria praticamente focado na defesa da medicina social e na rejeição da socialização da medicina. Fernando da Silva Correia, director do *Instituto Ricardo Jorge*, apresentaria ao III Congresso uma longa tese onde defendia o ensino das noções de medicina social aos jovens médicos, compreendida enquanto preventiva e educativa, abarcando a saúde escolar, a medicina do trabalho, a assistência pré-natal, a puericultura, a luta contra as doenças venéreas, a tuberculose, o alcoolismo e as doenças mentais.

Contudo, o mesmo autor, no referido artigo, deixava bem expresso que medicina social não era socialização da medicina, esta última com “consequências catastróficas para os médicos e principalmente para os doentes, numa sociedade utópica”<sup>442</sup>. Esta mensagem seria também sublinhada por Mário Cardia, autor de uma tese apresentada ao *III Congresso da União Nacional*, que repudiava a socialização da medicina, considerada contrária à ética do Estado Novo e “inadequada às nossas possibilidades

---

<sup>440</sup> Cf. PARREIRA, Henrique Pereira – Os Acidentes de Trabalho e as Doenças Profissionais: Reflexo deste problema na economia nacional e necessidade urgente de se lhe dar solução. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 12.

<sup>441</sup> Cf. GUERREIRO, Luís – Medicina do Trabalho: Prevenção de Acidentes, Profilaxia de Doenças Profissionais. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 15.

<sup>442</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – A Lição de 25 Anos a Bem da Saúde Pública. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 18.

económicas”<sup>443</sup>. A terceira e última tese apresentada àquele Congresso contrária à socialização da medicina seria da autoria de Silva Leal e de Fernando Pires de Lima<sup>444</sup>.

Das conclusões deste Congresso, encontrava-se a noção de que os 25 anos da Revolução Nacional tinham elevado o nível médio da população, permitindo uma política social de maior justiça distributiva e uma assistência mais profícua aos dela necessitados.

O IV Congresso da União Nacional ocorreu em Lisboa, durante os meses de Maio e Junho de 1956. Para o debate dos problemas relacionados com a saúde e a assistência existia uma secção, a 3ª secção, denominada “Vida Social”. Para além desta secção, o Congresso desenvolvia, ainda, a 1ª secção, intitulada “Vida Política”, a 2ª secção, “Vida Económica” e a 4ª secção intitulada “Educação e Ensino”.

Este Congresso, no que era relativo à 3ª secção, foi marcado pelo debate centrado na coordenação entre a assistência e a previdência. Nesse sentido, registou-se a tese apresentada por António Jorge da Mota Veiga<sup>445</sup>, que destrinçava a diferença entre previdência e assistência e o problema da sua coordenação<sup>446</sup>. Também Coriolano Ferreira apresentou uma tese àquele Congresso, onde defendia, para além da coordenação entre previdência e assistência, a necessidade de unificação de todo o sistema de segurança social, sem ter medo de palavras como “socialização” ou “funcionalização”, tentando apurar o que nelas existia de positivo na resposta às necessidades da população<sup>447</sup>.

---

<sup>443</sup> Cf. CARDIA, Mário – Novas Directrizes na Previdência Social para a Doença. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 25.

<sup>444</sup> Cf. LEAL, M. Silva e PIRES DE LIMA, Fernando - Medicina Social não é Socialização da Medicina. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 30.

<sup>445</sup> **António Jorge Martins da Mota Veiga (1915-2005)**: natural de Cascais, foi advogado, doutorado em Direito, alto funcionário público e administrador bancário. No início dos anos quarenta, foi secretário do I.N.T.P., tornando-se seu director-geral em 1944, e seu presidente em 1948. Entre 1948 e 1949 foi presidente da *Junta Central das Casas do Povo*. Entre 1948 e 1950 foi subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social. Foi ainda membro da *Junta Central de Trabalho do Ministério do Interior*. Procurador à *Câmara Corporativa* por designação do *Conselho Corporativo*, entre a VII e a XI Legislaturas. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 321.

<sup>446</sup> Cf. MOTA VEIGA, António Jorge da – Previdência e Assistência (o Problema da sua Coordenação). In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 56-59.

<sup>447</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Assistência, Previdência e Segurança Social. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 70-71.

Parecia consensual uma melhor coordenação entre previdência e assistência, registando-se, nesse sentido, também a tese da autoria de Mário Cardia e Álvaro Mendonça e Moura<sup>448</sup>. Contudo, foi Matos Gomes, membro da *União Nacional* e funcionário do I.N.T.P., que mais críticas levantou contra o sistema de previdência vigente, expostas na tese apresentada àquele Congresso, na qual considerava a previdência enquanto capitalista e plutocrata, necessitando de novos métodos e novos líderes<sup>449</sup>.

O realce da importância da medicina social foi, também, um dos temas recorrentes deste simpósio, tópico bem patente nas comunicações de Fernando da Silva Correia, Celestino Maia e Fernando de Melo Caeiro. Fernando da Silva Correia defendia a importância da educação para a saúde, no domínio da medicina social, pensando exigir-se a criação de uma consciência sanitária nacional, que a tornasse mais eficiente, económica e humana<sup>450</sup>. Também Celestino Maia<sup>451</sup> concedia à medicina social um eminente papel no progresso social e económico da Nação, ressaltando a sua importância sobre a medicina curativa e a sua natureza de serviço público<sup>452</sup>. Fernando de Melo Caeiro, por seu turno, pensava que a medicina social deveria ser exercida nos dispensários de higiene social, que deveriam dar lugar a centros de saúde<sup>453</sup>.

Não se pense, contudo, que toda a classe médica era favorável à medicina social. Em artigo publicado no jornal *O Médico*, durante o ano de 1951, Carlos Alfredo dos Santos<sup>454</sup>, mostrava-se contra a medicina social, por ter uma função essencialmente

---

<sup>448</sup> Cf. CARDIA, Mário e MOURA, Álvaro Mendonça e - Relações da Previdência com a Assistência Social. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 88-89.

<sup>449</sup> Cf. GOMES, Matos – Previdência e Assistência. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 93-95.

<sup>450</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – Medicina Social ao Serviço da Nação. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 98.

<sup>451</sup> **Celestino da Costa Maia (1893-?)**: médico e professor. Tirou a licenciatura em Ciências Histórico-Naturais e Ciências Físico-Químicas na *Universidade do Porto*, em 1915. Em 1919, terminou o curso de Medicina e Cirurgia na mesma universidade. Foi professor liceal e, na *Faculdade de Medicina*, 2º assistente de medicina interna. Em 1943, passou a director clínico das *Termas do Gerez*. Cf. MAIA, Celestino da Costa. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.], vol. XXV, p. 948.

<sup>452</sup> Cf. MAIA, Celestino – Justificação e Bases da I Regulamentação da Assistência Médica e Exercício da Medicina em Escala Nacional. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 99-103.

<sup>453</sup> Cf. CAEIRO, Fernando de Melo – Medicina Preventiva e Saúde Pública. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 109.

<sup>454</sup> **Carlos Alfredo dos Santos (1889-?)**: médico radiologista. Concluiu o curso da *Escola Médico-Cirúrgica*, em Lisboa, em 1911, efectuando posteriormente estágios em Hamburgo, Berlim e em França. Prestou serviço nos *Hospitais Cívicos de Lisboa*, a partir de 1914. Foi médico radiologista do *Sanatório*

“deseducadora e anti-pedagógica”. O médico explicava que o indivíduo que recebia de graça um determinado benefício não o apreciava convenientemente, nem dava verdadeiro valor ao esforço daqueles que o serviam, “tornando-se demasiado exigente, irritante, numa palavra insuportável”<sup>455</sup>. É possível, pois, observar uma confusão, existente neste artigo, entre medicina social e socialização da medicina, esta última rejeitada pelo autor. Este artigo prova, pois, a aversão registada por alguns profissionais médicos pela medicina social, no sentido de a confundirem com a socialização da medicina e a perda da sua clínica livre.

Outro dos temas chave deste congresso seria a importância da saúde rural. José Lopes Dias apresentou uma tese relativa a este assunto, ressaltando a sua importância na vida portuguesa, verificando-se, segundo o mesmo, um atraso ao nível das realizações medico-sociais vocacionadas para a população rural<sup>456</sup>. O médico setubalense, António Emílio Sendas, também dedicaria uma comunicação a este tema, sublinhando que a população rural portuguesa “pulula rasando o limite mínimo da dignidade”<sup>457</sup>. Para melhor espelhar a realidade do mundo rural, em termos sanitários, o médico utilizou o exemplo do distrito de Bragança, onde a maioria das aldeias possuía habitações sem instalações sanitárias, albergando pessoas e animais domésticos, de forma superlotada, lançando os esgotos na via pública. O orador adiantava, ainda, que 40% das povoações daquele distrito era abastecida por água fornecida por fontes de mergulho e 50% não era acessível por automóvel. Tal reflectia-se nos índices sanitários dessa população, sendo, pois, necessário, segundo o autor, elevar o nível geral de vida e aumentar o seu grau de educação sanitária.

---

*Popular de Lisboa*, entre 1930 e 1950, e dirigiu os serviços de radiologia do *Sanatório do Caramulo*. Fundador da *Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica*, criou a unidade móvel de radio-rastreamento ao serviço do I.A.N.T. Vide RODRIGUES, Manuel Augusto; QUEIRÓS, Abílio Ferreira; ALMEIDA, Luís Ferrand de – *Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis*. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 1992, p. 123.

<sup>455</sup> Cf. SANTOS, Carlos – Medicina Social: crise da classe médica, investigação científica entre nós, criação do Ministério da Saúde. Separata do *Jornal O Médico*, 17 (419), 1951, p. 27-29.

<sup>456</sup> Cf. DIAS, José Lopes Dias – Saúde Rural: Sua Imperiosa Necessidade na Vida Portuguesa. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 117.

<sup>457</sup> Cf. SENDAS, António Emílio – Para uma Administração Sanitária em Matéria de Higiene Rural. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 112.

Joaquim de Moura Relvas<sup>458</sup> apresentou, também, uma tese dedicada ao problema da medicina rural, considerando o atraso português de “quase vergonhoso”<sup>459</sup>, a este nível. José Timóteo Montalvão Machado<sup>460</sup> também abordou o mesmo problema no *IV Congresso da União Nacional*. O médico flaviense chamou a atenção para o facto de os distritos do Porto e Braga e as províncias de Trás-os-Montes e Beira Alta possuírem taxas obituárias superiores às taxas de quase todos os outros países da Europa, devido à pouca extensão da assistência médica que garantisse aos doentes a presença de um técnico de saúde e o recurso a um hospital. O autor fala-nos de um “contraste flagrante”<sup>461</sup> entre os meios rurais e as cidades, com hospitais, caixas de previdência, associações de socorros mútuos, onde estava medianamente assegurada a assistência. Por seu turno, “nas zonas rurais nada há”<sup>462</sup>. O médico defendia que era necessário manter a saúde e prolongar a vida sem distinção de classes ou condições de riqueza.

Neste Congresso, a questão da reforma hospitalar passou, contudo, quase incólume de abordagens, observando-se, apenas, o “ligeiro comentário” de José Ferreira de Oliveira, que demonstrava a sua admiração pelo esforço efectuado pelo *Ministério do Interior*, para uma assistência hospitalar “completa e perfeita em todo o país”<sup>463</sup>.

Se a reforma hospitalar não foi um tema digno de nota neste Congresso, o mesmo não se poderá dizer da luta contra a tuberculose. Lopo de Carvalho Cancela de

---

<sup>458</sup> **Joaquim de Moura Relvas (1898-1982):** médico, natural de Nisa. Trabalhou nos *Hospitais da Universidade de Coimbra*, no *Sanatório de Celas* e foi médico escolar. Até 1952, foi vice-presidente da comissão distrital de Coimbra da *União Nacional*, foi governador-civil de Coimbra, procurador à *Câmara Corporativa* (IX Legislatura) e presidente da *Câmara Municipal de Coimbra*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 322.

<sup>459</sup> Cf. RELVAS, Joaquim de Moura – O Problema da Medicina Rural. In *IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 121.

<sup>460</sup> **José Timóteo Montalvão Machado (1892-1985):** médico e historiador. Natural de Chaves, licenciou-se em medicina na *Universidade de Lisboa*. Especializou-se em oftalmologia nos Hospitais de Paris, onde realizou serviço militar na Grande Guerra. Regressado a Portugal, abriu consultório em Chaves, foi governador-civil de Vila Real, foi delegado de saúde em Vila Real, no Porto e em Setúbal. Foi sócio efectivo da *Academia Portuguesa da História*, havendo dedicado a sua investigação à história da medicina. Cf. MONTEMOR, A. – MACHADO, José Timóteo Montalvão. In FONTE, Barroso da [coord.] - *Dicionário dos Mais Ilustres Transmontanos e Alto Durienses*. Guimarães: Editora Cidade Berço, [s.d.], p. 235.

<sup>461</sup> Cf. MACHADO, José Timóteo Montalvão – Assistência Médica às Populações Rurais. In *IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 125.

<sup>462</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 126.

<sup>463</sup> Cf. OLIVEIRA, José Ferreira de – Ligeiros Comentários à Reforma Hospitalar. In *IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 131.

Abreu<sup>464</sup>, especialista nesta matéria, defendia o benefício para os patrões de um combate sério à doença<sup>465</sup>. José de Sousa Monteiro, também autor de uma tese apresentada àquele Congresso, considerava a tuberculose o principal problema médico-social, impondo o alargamento do esquema assistencial ao nível da prevenção, da higiene e da terapêutica medico-cirúrgica<sup>466</sup>.

Uma equipa de médicos constituída por Casanova Alves, António Leão, José Brou e António Casa Nova, autores de uma comunicação apresentada àquele simpósio, concordavam sobre a importância do problema da tuberculose, apesar do progresso dos novos meios terapêuticos, como os antibióticos e quimioterápicos e a cirurgia torácica. Contudo, apontavam problemas de rastreio precoce às populações trabalhadoras por falta de encargos financeiros. Os autores defendiam a criação de um seguro-tuberculose por parte da previdência social, “que poderia assumir o papel que lhe é atribuído”<sup>467</sup>, abrangendo toda a população do comércio, indústria e seus familiares, proporcionando aos trabalhadores uma assistência médica e medicamentosa gratuitas, bem como o internamento sanatorial.

Ainda no âmbito desta 3ª secção, relativa à vida social, seria discutida a defesa da família enquanto instituição e o papel da mulher na sociedade. Enquanto conclusões gerais deste congresso, surgiria o reconhecimento do importante papel desempenhado pela previdência social, que deveria alargar os seus benefícios, de modo a serem cobertos o internamento hospitalar, a grande cirurgia, as doenças profissionais e sociais, em especial a tuberculose. O Congresso também aconselhava a intensificação da acção desenvolvida pela assistência social, bem como uma reforma sanitária urgente para as populações rurais. A coordenação entre assistência e previdência era considerada, da

---

<sup>464</sup> **Lopo de Carvalho Cancela de Abreu (1913-1990):** médico, licenciado em medicina pela *Universidade de Lisboa*, com especialidade em pneumologia. Grande estudioso ao nível da medicina do trabalho, foi considerado internacionalmente como um grande especialista no tratamento da tuberculose. Fundou a *Clínica Hélio-Marítima da Parede*, foi director do I.A.N.T. entre 1961 e 1968. Ministro da Saúde e da Assistência entre 1968 e 1970. Cf. Lopo de Carvalho Cancela de Abreu. In *Nova Enciclopédia Portuguesa*. Alfragide: Ediclube, 1996, p. 134.

<sup>465</sup> Cf. CANCELA DE ABREU, Lopo de Carvalho – Alguns Aspectos de Política Económica-Social de Luta contra a Tuberculose. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 136.

<sup>466</sup> Cf. MONTEIRO, José de Sousa – A Previdência Social e o “Seguro na Doença”. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 140.

<sup>467</sup> Cf. ALVES, Casanova [et al.] – Seguro-Tuberculose. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 142.

mesma forma, essencial, de modo a evitar-se a sobreposição dos respectivos domínios<sup>468</sup>.

Do ponto de vista da defesa da família, este Congresso concluiu que a instituição familiar tinha de ser protegida, para que a mãe de família não tivesse de se ausentar do lar para trabalhar fora dele, devendo todo o trabalho feminino subordinar-se “aos interesses de defesa física da maternidade, da vida doméstica e da educação”<sup>469</sup>.

### **2.2.8. Influências Internacionais nas Políticas Sanitárias do Estado Novo de Salazar**

Os sistemas de saúde desenvolvidos na Europa ocidental são o produto de mais de sete séculos de história. Durante esse período, o número de indivíduos cobertos aumentaria, de um restrito número de trabalhadores, para todos os residentes de um país. Da mesma forma, o conceito de “segurança social” alterou-se, de uma pequena gama de benefícios, como o pagamento de subsídios de funeral, para o financiamento dos serviços de saúde, hospitalares e farmacêuticos. O carácter administrativo dos serviços de saúde também se transformou. Na sua fase inicial centrado nas cooperativas de trabalhadores alemães de 1883, passou a ser consagrado no seio da política nacional, durante o século XX.

A fase inicial deste processo histórico envolveu pequenos grupos de trabalhadores, durante a medievallidade tardia, que criaram associações de assistência mútua sob os auspícios das alianças de ofícios. O primeiro registo de fundos provenientes destas alianças datam do século XIV<sup>470</sup>. Normalmente, estes fundos cobriam apenas os membros das alianças, cerca de menos de 5% do total da população. Todos os outros estavam dependentes da caridade e das organizações religiosas. Este precedente, de basear a cobertura de serviços de saúde de acordo com a profissão transformou-se no dogma central do modelo germânico e sueco de protecção social<sup>471</sup>.

---

<sup>468</sup> IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 167.

<sup>469</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 170.

<sup>470</sup> Cf. VERAGHTERT, K.; WIDDERSHOVEN, B. – *Two centuries of solidarity: the dutch, belgian and german sickness funds during the nineteenth and twentieth century*. Amsterdam: Aksant, 2002, p. 23.

<sup>471</sup> Cf. ABEL-SMITH, B. – The rise and decline of the early HMO's: some international experiences. In *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 66(4), 1998, p. 694-714.

Não foi somente a partir do final do século XVIII que os Estados começaram a desempenhar um papel activo na prestação de cuidados de saúde. Dois importantes modelos ajudaram a modelar a saúde europeia. Um deles observou-se na região nórdica, onde os médicos das aldeias suecas recebiam subsídios para cuidarem de doentes indigentes que não podiam pagar o tratamento. Políticas idênticas seriam seguidas na Finlândia e na Noruega. Outro importante movimento terá sido o esforço contínuo dos novos Estados consolidados, no sentido de quebrarem o poder económico das alianças de ofícios<sup>472</sup>. Tal terá culminado na Revolução Francesa, quando estas alianças foram abolidas de forma a criar um mercado de trabalho mais liberal e uma igualdade social<sup>473</sup>. Essa abolição seria também registada na Holanda, em 1798, e na Dinamarca, em 1861. Com o fim das alianças de mesteres, a sua função ao nível da prestação de cuidados de saúde continuou, tomando a forma de sociedades mutualistas, iniciando-se um processo de controlo estatal a partir de 1883.

Após o desaparecimento das alianças de trabalhadores, existiu um largo período de tempo onde se observaram várias tentativas de organização dos serviços de saúde a elas associados, de âmbito privado ou sem fins lucrativos. Este esforço da sociedade civil produziu diferentes resultados, de acordo com o país e a sua situação histórica e cultural. Na Holanda, a título de exemplo, seguradoras privadas tentaram estabelecer um mercado de seguros de saúde, com resultados pouco satisfatórios<sup>474</sup>. No final do século XIX, as sociedades de seguros de saúde voluntários cresceram, administradas pelos segurados ou, ocasionalmente, por empresas ou instituições de caridade<sup>475</sup>. Este processo ocorreu nos países nórdicos e em França, para os cidadãos da classe média<sup>476</sup>. Na Suíça, os seguros voluntários apareceram como resposta à má reputação que os seguros de saúde privados adquiriram, devido à pressão exercida pelas seguradoras.

Existiram, contudo, algumas excepções neste processo. Na Alemanha, as alianças de trabalhadores e os seus fundos de seguros de saúde foram mantidos<sup>477</sup>. Contudo, a emergência de um papel supervisor dos Estados começava a ser pressagiado

---

<sup>472</sup> Cf. VERAGHTERT, K.; WIDDERSHOVEN, B, *op. cit.*, p. 34.

<sup>473</sup> IDEM, *ibidem*, p. 213.

<sup>474</sup> Cf. HOGART, J. – *The payment of the general practitioner*. Oxford: Pergamon, 1963.

<sup>475</sup> Cf. ABEL-SMITH, B, *op. cit.*, p. 708.

<sup>476</sup> Cf. KOHLER, P.A.; ZACHER, H.F. [eds.] – *The evolution of social insurance 1881-1981*. London: Frances Printer, 1983, p. 119-120.

<sup>477</sup> Cf. VERAGHTERT, K.; WIDDERSHOVEN, B, *op. cit.*, p. 215.



na Áustria (através do seu *Código Industrial*, em 1859)<sup>478</sup>, e em grande parte da Holanda e da Bélgica (com a estatização da filantropia privada)<sup>479</sup>. Na segunda metade do século XIX, registaram-se, ainda, variados conflitos armados, como seria o caso da Guerra da Crimeia (1853-1856), a Guerra de Secessão dos EUA (1861-1865) ou a Guerra dos Boers (1880-1881; 1899-1902). Nestes conflitos, o maior inimigo era, por vezes, a doença, mais mortífera do que as baionetas inimigas. Nesse sentido, era preponderante limitar o impacto das doenças nos cenários civil e militar.

Tentando conter o movimento sindical operário, preocupado com a pressão política destas alianças influenciadas pelo marxismo e consumido pelo desejo de criar um forte Estado alemão, o governo de Bismarck, adoptou, em 1883, uma política inovadora, que obrigava os empregadores a contribuírem para um esquema de seguro-doença, em benefício dos trabalhadores mais pobres, depois alargado a trabalhadores com maiores rendimentos. Posteriormente, este movimento levou à criação de um sistema de seguros obrigatórios, numa primeira tentativa de implementação de um modelo de segurança social obrigatório imposto pelo Estado, o apelidado modelo Bismarckiano. Este modelo ganhou grande popularidade junto dos trabalhadores, por toda a Europa. Correia de Campos e Jorge Simões apelidam este efeito de «efeito de demonstração», observável não apenas na Europa, mas também nos E.U.A.<sup>480</sup>.

Na verdade, o modelo de Bismarck estabeleceu os fundamentos sociais e legais para os seguros de saúde, não apenas na Alemanha, mas em grande parte da Europa ocidental. A Áustria seguiu o modelo em 1887<sup>481</sup>, e em 1892, o governo dinamarquês adoptou o modelo de Bismarck com algumas variantes<sup>482</sup>. A Bélgica adoptou semelhante legislação em 1894. Em 1911, o Reino Unido seguiu o exemplo dos seus congéneres europeus. Este processo continuou após o final da Grande Guerra, quando a França – confrontada com o sistema de seguros de saúde existentes na região da Alsácia-Lorena – promulgou uma legislação de seguro de saúde obrigatório, em 1920, que não seria implementada na década seguinte<sup>483</sup>. Um dos últimos países do norte da Europa a adoptar seguros de saúde obrigatórios seria a Holanda que, em 1941, sob

---

<sup>478</sup> Cf. HOFMARCHER, M.M.; RACK, H. – *Health care systems in transition: Austria*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001, p. 121.

<sup>479</sup> Cf. VERAGHTERT, K.; WIDDERSHOVEN, B, *op. cit.*, p. 216.

<sup>480</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge – *O Percorso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina, 2011, p. 39.

<sup>481</sup> Cf. HOFMARCHER, M.M.; RACK, H, *op. cit.*, p. 122.

<sup>482</sup> Cf. ABEL-SMITH, B, *op. cit.*, p. 37.

<sup>483</sup> Cf. KOHLER, P.A.; ZACHER, H.F. [eds.], *op. cit.*, p. 120.

ocupação alemã promulgou legislação nesse sentido, que manteria após terminar a II Guerra Mundial<sup>484</sup>.

Os anos seguintes, de crescimento da actividade estatal, seriam caracterizados por um alargamento da população coberta pelos seguros de saúde obrigatórios. A legislação promulgada não estabelecia, apenas, o princípio da supervisão estatal e da regulação dos fundos de saúde, mas também obrigava a que certos segmentos da população, nomeadamente trabalhadores, fossem cobertos por eles. No entanto, os graus de cobertura ainda não podiam ser considerados universais, abrangendo toda a população. Após 1945, observou-se um alargamento da protecção social sanitária a todos os trabalhadores, aos seus dependentes e também aos desempregados e pensionistas<sup>485</sup>.

Nos países do sul da Europa, substancialmente agrícolas, onde a Revolução Industrial foi mais tardia, os maiores fundos de assistência sanitária seriam criados por empresas ligadas à indústria. Portugal e Espanha seriam *exempla* cabais, onde os níveis de cobertura da população fora, sempre insuficientes, durante os anos das ditaduras, devido, em parte, à escassa capacidade económica daqueles países<sup>486</sup>.

Nos E.U.A., em 1935, foi proclamado o *Social Security Act*, que criou o sistema de segurança social norte-americano<sup>487</sup>. Durante a presidência de Franklin Roosevelt foi promulgada esta lei como parte da segunda fase do *New Deal*, pretendendo limitar os perigos da “modern American life”, nomeadamente a velhice, a pobreza, o desemprego, a viuvez e a orfandade. Este diploma estabelecia uma pensão permanente de velhice, contando com as contribuições dos empregadores e dos funcionários. Posteriormente, este sistema passou a incluir dependentes, pessoas com deficiência e outros grupos. Estes benefícios eram suportados pelos estados federais, e visavam ainda outros objectivos como o bem-estar materno-infantil, a saúde pública e o estabelecimento de

---

<sup>484</sup> Cf. SALTMAN, Richard; DUBOIS, Hans – The historical and social base of social health insurance systems. In SALTMAN, Richard [et al.] - *Social health insurance systems in western Europe*. Berkshire: Open University Press – McGraw-Hill Education, 2004, p.23.

<sup>485</sup> Cf. SALTMAN, Richard; DUBOIS, Hans, *op. cit.*, p. 24.

<sup>486</sup> IDEM, *ibidem*, p. 24.

<sup>487</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos – *História e Actualidade das Misericórdias*. Mem Martins: Inquérito, 1996, p. 217.

um *Social Security Board*. Este diploma foi aprovado pelo Senado e pela Câmara dos Representantes em Congresso plenário<sup>488</sup>.

No Reino Unido, de 1942 data o *Relatório Beveridge*, intitulado *Social Insurance and Allied Services*, que defendia que a organização dos serviços de saúde era condição *sine qua non* para a construção de um sistema de segurança social viável na Grã-Bretanha, iniciando-se um período de discussão sobre esta matéria. O relatório defendia a existência de um Estado interventor, capaz de encontrar respostas para situações de risco social, pretendendo cobrir uma gama completa de perigos em todas as fases da vida. Tratava-se, pois, da defesa de um sistema universal, abarcando toda a população, e unificado, protegendo o cidadão contra uma ampla gama de riscos sociais, sendo as prestações independentes do rendimento auferido. Estavam, assim, criadas as bases do conhecido “modelo beveridgeano”, mais completo do que o desenvolvido pelo governo de Bismarck<sup>489</sup>. Contudo, não se tratam de dois modelos ideologicamente distintos, como afirma Correia de Campos, assentando ambos numa noção reformista que defende a necessidade de uma protecção social atenuante das tensões sociais geradas pelo crescimento económico e pelo desenvolvimento populacional<sup>490</sup>.

Todos os modelos de protecção social na doença assentam, na verdade, sobre o conceito de solidariedade. Para além das restantes alterações políticas registadas na Europa ocidental, durante a primeira metade do século XX, a II Guerra Mundial foi o grande motor que colocou o conceito de solidariedade enquanto o principal princípio político definidor das políticas sociais dos países europeus. Mesmo na Alemanha, o padrão solidário mostrou-se estável no seio dos regimes subsequentes à Guerra. Como valor normativo, o princípio da solidariedade foi, e ainda se mantém, um dos elementos-chave do cristianismo - tanto na versão católica quanto na protestante - do socialismo marxista, dos movimentos sindicais e no renascente sentimento nacionalista<sup>491</sup>. Aos olhos dos políticos europeus, já não faz sentido discutir o conceito de protecção social na saúde, sem ser centrado no conceito de solidariedade.

---

<sup>488</sup> Cf. LUBOVE, Roy – *The Struggle for Social Security (1900-1935)*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1986, p. 173-175.

<sup>489</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge, *op. cit.*, p. 41.

<sup>490</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António – *Solidariedade Sustentada – Reformar a Segurança Social*. Gradiva: Lisboa, 2000, p. 45.

<sup>491</sup> Cf. SALTMAN, Richard; DUBOIS, Hans, *op. cit.*, p. 27.

A partir do final da década de quarenta, em termos propagandísticos, começa-se a observar o aparecimento de notícias referentes à eficácia do sistema de saúde português face aos restantes. Um desses exemplos seria a publicação de uma notícia no *Boletim da Assistência Social*, órgão propagandístico do regime, sobre as impressões de um certo Lord Forrester sobre o sistema de saúde português. A notícia baseava-se numa outra, publicada pelo inglês no jornal *Xangai China Press*, replicada no *London Calling*, intitulada *Portugal trabalha num novo sistema de assistência social*<sup>492</sup>.

Lord Forrester, membro de uma empresa britânica produtora de fios e cabos elétricos, padecera um grave acidente no norte do país, sofrendo uma fractura do crânio. Teria escapado à morte, segundo ele, pela eficiência dos cirurgiões portugueses e devido à “bem organizada montagem da nossa rede hospitalar”. O autor do artigo, sublinhava, pois, que esta era “uma justa apreciação e equilibrada homenagem aos grandes esforços desenvolvidos há anos em Portugal para dotar o país com um adequado e eficiente sistema de assistência social, sobretudo no campo dos serviços hospitalares, protecção à infância, combate à tuberculose e auxílio à velhice”<sup>493</sup>.

O ponto de vista de outro britânico seria registado no *Boletim da Assistência Social*, em 1949. Desta feita, seria Alfred Bossom, arquitecto inglês, membro do parlamento, que visitou Portugal e publicou largos elogios à obra de reconstrução nacional na revista *Building*, órgão dos arquitectos e construtores da Grã-Bretanha. Num artigo daquela revista, elogiava a construção de hospitais: “o governo está construindo gigantescos hospitais modernos, tão bem equipados como os melhores da Europa”<sup>494</sup>.

A 9 de Maio de 1952, Portugal recebeu a visita de Emmanuel Gonse, membro do Conselho Permanente de Higiene Social do *Ministério da Saúde Pública e da População*, de França, presidente e fundadora de *La Nouvelle Étoile des Enfants de France* / «*La Pouponnière*» *Nouvelle Étoile*<sup>495</sup>, uma organização privada de assistência

---

<sup>492</sup> Cf. O sistema português de assistência social apreciado por Lorde Forrester. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 65/67, 68/70, Julho/Setembro, Outubro/Dezembro, 1948, p. 121.

<sup>493</sup> Cf. O sistema português de assistência social apreciado por Lorde Forrester, p. 121.

<sup>494</sup> Cf. Portugal no Estrangeiro. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 65/67, 68/70, Julho/Setembro, Outubro/Dezembro, 1948, p. 130.

<sup>495</sup> **La Nouvelle Étoile des Enfants de France**: fundada em 1891, pela vontade de três mulheres, esta instituição foi considerada de utilidade pública em 1896. Em 1901, obteria o estatuto de associação, tendo como objectivo criar, de ponto de vista científico e humanitário, um conjunto de métodos protectores das

materno-infantil, extremamente importante em França. A co-fundadora desta instituição deu uma conferência no anfiteatro da *Maternidade Alfredo da Costa*, onde estiveram presentes todos os membros do governo com obrigações nesta área, nomeadamente o subsecretário de Estado da Assistência Social, Alberto Ribeiro Queiróz, Guilherme Possolo, director-geral de Assistência, Carvalho Dias e Maria Luísa Van Zeller, director e subdirectora do *Instituto Maternal*<sup>496</sup>.

A oradora versou sobre a concepção francesa de protecção materno-infantil, certa de que os dois países poderiam usufruir das experiências mútuas, tendo em conta a elevada mortalidade infantil que se fazia sentir. Prestes a construir um novo estabelecimento para os prematuros com uma extensão da escola de auxiliares de puericultura, a *Nouvelle Étoile* comprometia-se a guardar um número de alunos para estudantes portuguesas que pudessem lá obter formação nos “métodos franceses de puericultura”<sup>497</sup>.

A francesa respondia, ainda a Salazar, quando afirmava que “a higiene não é suficiente, é preciso que seja aliada à moral”, que nos lares onde reinava a higiene, a ordem moral do individuo era mais elevada, ao passo que a negligência do lar levava à desagregação do mesmo, pelo que a educação higiénica tinha uma influência positiva e moralizadora.

### **2.2.8.1. Os Ecos do Serviço Nacional de Saúde Britânico**

Apesar de passar despercebido nas publicações periódicas do regime concernentes à política social, nomeadamente no *Boletim da Assistência Social*, em 1943, observou-se a publicação de uma profusão de publicações que traduziam, para a língua portuguesa, o *Plano Beveridge*, acompanhadas de algumas críticas ao documento. A primeira dessas publicações contaria com um estudo da autoria do

---

mães e das crianças. Desempenhando um papel precursor na protecção materno-infantil em França, foi portadora de grandes inovações: fundaria os primeiros berçários, os primeiros dispensários gratuitos, o primeiro centro de medicina preventiva familiar, as primeiras escolas de puericultura. Pela sua criatividade e reatividade no plano social, esta instituição inspirou a política sanitária e social em França. A 2 de Novembro de 1945 instauraria a Carta de Protecção Maternal e Infantil. Nascida de fundos privados, a partir da década de sessenta, seria integrada nas estruturas públicas. Cf. LA NOUVELLE ÉTOILE – Notre Histoire. [Em linha], [cons. 6 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <http://www.nouvelle-etoile.org/notre-histoire/>

<sup>496</sup> ANTT - Arquivo António Oliveira Salazar, CO/IN – 1C, pt. 9

<sup>497</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN – 1C, pt. 9.

professor Armando Marques Guedes<sup>498</sup>, intitulada *O Plano Beveridge*<sup>499</sup>. O autor analisou as repercussões financeiras, políticas e sociais do documento na Inglaterra do pós-guerra. Do ponto de vista financeiro, Marques Guedes previa difícil a manutenção do largo espectro de seguros sociais, encargo difícil de suportar para qualquer tipo de economia. Assinalaria, do ponto de vista político, a recepção do diploma pela esquerda e pelos conservadores britânicos, bem como a opinião da imprensa face a este.

O trabalho de Marques Guedes foi amplamente comentado pelo coronel de artilharia Francisco de Sales Ramos da Costa, na sua obra, publicada pelos *Cadernos Seara Nova*, intitulada *O Plano Beveridge Criticado*<sup>500</sup>. Nela, o autor registava a ausência de espírito crítico no trabalho de Armando Marques Guedes, nomeadamente a falta de um estudo ao documento, que o tornasse mais acessível ao leitor. Na opinião de Ramos da Costa, a ausência de sentido crítico era imperdoável num economista da monta de Marques Guedes. Segundo o autor, tornava-se necessário um capítulo sobre a aplicação de um plano idêntico em Portugal, analisando os nossos índices de produção e consumo, salários... Contudo, Marques Guedes limitou-se, prudentemente, a empreender uma resenha histórica das medidas sociais antecedentes ao Plano. A crítica aos aspectos financeiros, políticos e sociais, que encetava era, na opinião de Ramos da Costa, uma forma hábil de evitar a opinião pessoal.

Ainda em 1943, seria a vez do médico portuense Alberto Lagoa, fazer publicar uma separata intitulada *Aspectos Médico-Sociais do Plano Beveridge*<sup>501</sup>, no jornal *O Médico*. O autor fez um balanço da recepção, em Portugal, do documento, informando de que a imprensa não lhe havia dedicado grande atenção e, se não fossem os originais ingleses e a tradução de Armando Marques Guedes, continuava a ignorar-se o essencial do Plano. Nesse sentido, Alberto Lagoa encetou um resumo referente à parte IV do diploma, concernente à política social, transcrevendo alguns comentários da imprensa

---

<sup>498</sup> **Armando Marques Guedes (1886?-1958)**: licenciado em Direito, professor universitário e jornalista. Formado em Direito pela *Universidade de Coimbra*, iniciou, naquela cidade, a sua actividade política, havendo presidido ao *Centro Académico Republicano*. Posteriormente pertenceu ao *Partido Republicano Português* e ao *Partido Democrático*. Em 1925, foi nomeado último ministro das Finanças da I República. A partir daí dedicou-se à sua carreira enquanto catedrático do *Instituto Superior de Ciências Económicas e Financeiras da Universidade Técnica de Lisboa*. Vide GUEDES, Armando Marques. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XVI, p. 408.

<sup>499</sup> Cf. BEVERIDGE, William; GUEDES, Armando Marques – *O Plano Beveridge: com um estudo do professor Marques Guedes*. Lisboa: Editorial O Século, [1943].

<sup>500</sup> Cf. RAMOS DA COSTA, Francisco Sales – *O Plano Beveridge Criticado*. Lisboa: Seara Nova, 1943.

<sup>501</sup> Cf. LAGOA, Alberto – *Aspectos médico-sociais do Plano Beveridge*. Separata do *Jornal do Médico*. [s.n; s.l.], 1944, p. 3-31.

inglesa, a declaração do ministro da Saúde britânico e a posição tomada pela *British Medical Association*.

A 19 de Janeiro de 1949, seria difundido, pela *Emissora Nacional*, no programa “A meia hora inglesa” uma palestra intitulada “O Serviço Nacional de Saúde”, proferida pelo adido de imprensa da embaixada britânica, Bernard Bevan. Bevan falou sobre a experiência da implementação deste tipo de protecção social na Grã-Bretanha, geradora de uma acesa discussão nos meios políticos daquele país. Contudo, o britânico defendeu que, apesar dos custos terem sido maiores do que se havia inicialmente calculado, tal era prova do êxito do serviço e da urgente necessidade da sua implementação<sup>502</sup>.

Segundo o adido de imprensa da embaixada britânica, em 1948, nove em cada dez britânicos, tinham-se inscrito no *Serviço Nacional de Saúde*, nomeadamente indivíduos da classe média e das classes mais abastadas. Da mesma forma, 97% dos médicos de clínica geral e 87% dos médicos dentistas havia aderido ao novo sistema público de saúde. Havia aumentado a procura de medicamentos, a procura de tratamento nos dentistas (provocando uma melhoria da saúde oral das populações) e da procura de óculos e de consultas nos oftalmologistas. Contudo, o maior fardo do sistema eram os serviços hospitalares, mesmo com o vasto programa de reconstrução temporariamente suspenso. Bevan concluiu a sua palestra, sublinhando que “a saúde de uma nação é, talvez, a sua principal riqueza”<sup>503</sup>. Sobre o *Serviço Nacional de Saúde* britânico, admitia que o seu custo era elevado, mas o dividendo final que dele se retirava era incalculavelmente grande.

Os serviços de saúde britânicos suscitavam grande interesse por parte dos profissionais e políticos portugueses. De 1949, data o relatório de Hipólito Álvares, director do *Hospital Rainha D. Leonor*. Incumbido, por Trigo de Negreiros, de participar no *I Congresso Hospitalar Internacional do Post-Guerra*, o médico encetou uma viagem que abrangeu a visita a vários hospitais e institutos médico-sociais internacionais. Contudo, o modelo de serviço de saúde que o autor mais descreveu foi o modelo britânico, inclusivamente a sua história desde o pós Grande Guerra<sup>504</sup>.

---

<sup>502</sup> Cf. I.C.S.: ARQUIVO DE HISTÓRIA SOCIAL - *Fundo Pinto Quartin*, PQ. 3300, Doc. 0352.

<sup>503</sup> IDEM. – *Ibidem*, PQ. 3300, Doc. 0352.

<sup>504</sup> Cf. ÁLVARES, Hipólito – O I Congresso Hospitalar Internacional do Após Guerra: Relatório duma Missão. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 80/82, Outubro/Dezembro, 1949, p. 278-297.

Segundo o autor, antes da Grande Guerra, a assistência médica britânica oferecia-se a mais de metade da população através de seguros sociais, de que eram beneficiários os empregados por conta de outrem, mas não as suas famílias. A restante população utilizava a clínica livre. Para efeitos de internamento existiam vários tipos de hospitais: Voluntary Hospitals (particulares, administrados e sustentados pelas instituições a que pertenciam, de variada envergadura, eram em maior número), Public owned Hospitals (dependentes e mantidos pelos organismos administrativos locais para os habitantes das respectivas áreas, eram em número restrito), maternidades, hospitais para tuberculosos, hospitais para doenças infectocontagiosas, hospitais e asilos psiquiátricos.

Em 1919, após o final da Grande Guerra, foi criado o primeiro ministério da saúde britânico. A partir dos anos trinta, observou-se um movimento, por parte da sociedade civil, dos políticos e dos profissionais de saúde, no sentido do melhoramento dos serviços de assistência mediante a coordenação e cooperação das actividades existentes e a simplificação da mecânica administrativa. A Grã-Bretanha foi dividida em doze regiões de Defesa Civil, decalcando nelas um esquema hospitalar de modelo regional<sup>505</sup>.

Em 1943, antes do final da II Guerra Mundial, o *Plano Beveridge* postulava um largo desenvolvimento dos serviços médicos coordenados e o *Ministério da Saúde* britânico iniciava um debate entre os médicos, os hospitais particulares e as entidades locais. Em Março de 1946, concluídas as diligências, seria aprovado o *National Health Service Act*, que entraria em vigor a 6 de Julho de 1948.

O novo *Serviço Nacional de Saúde* abrangia todas as modalidades de assistência médica, hospitalar, domiciliária e médico-social, facultada por profissionais de todos os graus de carreira. O sistema de saúde era custeado essencialmente pelo Estado. O país fora dividido em catorze regiões, cada qual com sede numa cidade universitária. Os equipamentos e instalações dos hospitais particulares e oficiais foram transferidos para a posse do *Ministério da Saúde*. Perante as alterações ocorridas na Grã-Bretanha, Hipólito Álvares concluía ter-se notado um desaparecimento do contraste, “outrora deprimente”, das perspectivas de trabalho portuguesas e as estrangeiras<sup>506</sup>. De algum modo, o director

---

<sup>505</sup> Cf. ÁLVARES, Hipólito, *op. cit.*, p.290.

<sup>506</sup> IDEM, *ibidem.*, p. 297.



hospitalar parecia encontrar similitudes entre a evolução do serviço saúde britânico e o serviço de saúde português, embora não as especificasse.

Durante os anos sessenta, o *Serviço Nacional de Saúde* britânico voltava a ser notícia na imprensa da especialidade, como seria a revista *Hospitais Portugueses*. Em 1960, foi publicado um artigo que espelhava a organização de todo o sistema<sup>507</sup>. No ano seguinte, a mesma publicação noticiava, num tom crítico e, de certo modo, sarcástico, a organização administrativa dos hospitais ingleses, decorrente da sua nacionalização, em 1948<sup>508</sup>.

Ainda em 1966, no mesmo periódico, foi publicado um artigo sobre a evolução do *Serviço Nacional de Saúde* britânico, desde 1948, apresentando as diferenças e similitudes observadas na Inglaterra, País de Gales e Escócia. O artigo especificava a organização e financiamento dos serviços, os custos e as taxas envolvidos, a orgânica, versando, ainda, sobre serviços hospitalares e especializados<sup>509</sup>.

### **2.3. A II Fase de Fomento das Políticas de Saúde e Assistência (1958-1968)**

A ideia da criação de um ministério único que pudesse coordenar os serviços de saúde e assistência surgiu logo no *I Congresso da União Nacional*, pela mão do médico António Lopes Rodrigues. Na tese apresentada, o autor assumiu que, tanto a assistência pública como a assistência privada estavam “desatualizadas e desnacionalizadas”<sup>510</sup>, sofrendo dos males de uma organização “retrógrada”, carecendo por isso de uma reforma urgente. Por tal, António Lopes Rodrigues foi o primeiro a sugerir a criação de um *Ministério da Assistência e Saúde Pública*, ao qual ficassem subordinados todos os assuntos de assistência pública e privada, sem qualquer tipo de sujeição a outras entidades administrativas. Junto desse ministério deveriam, segundo o seu modelo,

---

<sup>507</sup> Cf. O serviço nacional de saúde na Grã-Bretanha. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 98, Agosto, 1960, p. 27-28.

<sup>508</sup> Cf. Meditações. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 106-107, Abril-Maio, 1961, p.28.

<sup>509</sup> Cf. O serviço nacional de saúde na Inglaterra. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XVIII, nº. 168, Junho, 1966, p. 45-54.

<sup>510</sup> Cf. RODRIGUES, António Lopes - Assistência Pública e Assistência Particular, p. 187.

funcionar duas direcções gerais: a *Direcção-Geral de Saúde* e a *Direcção-Geral de Assistência*<sup>511</sup>.

Note-se que o primeiro *Ministério da Saúde* britânico seria criado em 1919, logo após a Grande Guerra. Também a Câmara Corporativa sugeriu, nos anos seguintes, a concentração dos serviços num único ministério. No que dizia respeito à orgânica dos serviços de saúde e de assistência, a *Câmara Corporativa*, no seu Parecer 9/III, chamava a atenção para a dispersão dos serviços, em parte evitável. As soluções possíveis apontadas por este órgão prendiam-se com a concentração destes serviços no *Ministério do Interior* ou num novo *Ministério da Educação e Assistência Social*, ou a criação de um *Ministério das Corporações, Previdência e Assistência Social* ou mesmo de um *Ministério da Assistência Social*<sup>512</sup>.

Em 1944, no decorrer do seu parecer sobre a luta contra as doenças contagiosas, a *Câmara Corporativa* sublinhava a necessidade da criação de um *Ministério da Saúde*, que reunisse num plano e numa direcção de conjunto a saúde, a previdência e a assistência<sup>513</sup>, no sentido de melhor debelar estas patologias.

Em 1946, no *Parecer* sobre as contas públicas desse ano, o relator pediu a concentração, num único departamento, de todas as actividades assistenciais, repartidas pelos subsecretariados da Assistência Social e das Corporações e por outros ministérios e serviços, sugerindo, pois, a criação de um ministério da saúde. Coriolano Ferreira, na sua revista *Hospitais Portugueses*, perante esta sugestão, concordou com a criação de um ministério único, responsável pela política de assistência em Portugal, discordando, contudo, com o nome escolhido pelo relator. Na sua opinião, o novo ministério dever-se-ia denominar “da Assistência ou da Assistência e Previdência Social”, dado que a saúde não era toda a assistência<sup>514</sup>.

Em 1948, a então deputada Maria Luísa Van Zeller, que acumulava o cargo de vice-presidente do *Instituto Maternal*, denunciava, na *Assembleia Nacional*, a má distribuição topográfica dos serviços de saúde e assistência, dando como exemplo o que sucedia com os serviços de assistência materno-infantil. Nesse sentido, na sua opinião,

---

<sup>511</sup> Cf. RODRIGUES, António Lopes - Assistência Pública e Assistência Particular, p. 187.

<sup>512</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 109

<sup>513</sup> Cf. PARECER 35/IV: LUTA CONTRA AS DOENÇAS CONTAGIOSAS. *Suplemento do Diário das Sessões*. 188S (1949-04-09), p. 1-15.

<sup>514</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Ministério da Assistência. In FERREIRA, Coriolano [dir.] - *Hospitais Portugueses*. Coimbra: Tip. Atlântida, nº.1, Julho/Setembro, 1948, p. 27.

era extremamente necessária a criação de um ministério único que coordenasse o trabalho da saúde, da previdência e dos meios curativos e recuperadores<sup>515</sup>.

Angelo Caldeira Prazeres, engenheiro sanitário, redigiu um artigo para o *Boletim da Assistência Social*, em 1949, onde resumiu as tendências dos problemas de assistência e saúde pública. Nele, o engenheiro considerou que as velhas concepções caritativas estavam gastas. A tendência ia no encontro de um “sentido de justiça”, que substituiria gradualmente a “generosidade fantasiosa ou calculada”. Não bastava, pois, “dar largas à pregação do socorro fraternal e espontaneamente mútuo para remediar os males dos que sofrem”<sup>516</sup>. O autor defendia, ainda, uma coordenação entre saúde, assistência e previdência, através do alcance de um comando único, que levasse à criação de um *Ministério da Saúde, Assistência e Previdência Social*, de forma a colmatar os “erros irreparáveis”<sup>517</sup> da dispersão destes três âmbitos.

Segundo Rui Pinto Costa, durante a década de cinquenta, muitos foram os médicos que pediram a criação de um *Ministério da Saúde*, encabeçado por um licenciado em medicina. Segundo o autor, esta solicitação estava presente na imprensa generalista mas era extremamente recorrente na imprensa médica, fazendo parte de uma atitude crítica destes profissionais perante o sistema, que se avolumaria a partir do pós-guerra<sup>518</sup>.

Contudo, Fernando da Silva Correia, na sua tese apresentada ao *III Congresso da União Nacional*, não defendia claramente a criação de um ministério da saúde, à semelhança do que existia noutros países. No seu entender, a sua criação só por si nada alcançava sem o desenvolvimento da consciência sanitária da população e particularmente das suas elites<sup>519</sup>.

António da Mota Veiga, na sua tese apresentada ao *IV Congresso da União Nacional*, que defendia a coordenação entre assistência e previdência, mostrava-se contrário à criação de um novo ministério da saúde. Embora considerasse que as funções de orientação, de coordenação superior e de fiscalização deversem ser confiadas a um único ministério, esse ministério não deveria ser um ministério da saúde,

---

<sup>515</sup> Cf. VAN ZELLER, Maria Luísa – Ordem do Dia. In ASSEMBLEIA NACIONAL - *Diário das Sessões*. 138 (1948-03-19), p. 369-371.

<sup>516</sup> Cf. PRAZERES, Angelo Caldeira - Problemas da assistência e da saúde pública: tendências e perspectivas actuais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 71/73, Janeiro/Março, 1949, p. 23.

<sup>517</sup> Cf. PRAZERES, Angelo Caldeira, *op. cit.*, p.25.

<sup>518</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 104.

<sup>519</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – A Lição de 25 Anos a Bem da Saúde Pública, p.18.

dado que as actividades de previdência e assistência “interessam a âmbitos mais vastos do que a mera assistência sanitária”<sup>520</sup>.

No mesmo congresso, Coriolano Ferreira admitia a criação de um ministério de acção, com funções coordenadoras com o *Ministério das Corporações* e o *Ministério da Economia*, para que a coordenação, que considerava insatisfatória, entre assistência e previdência desse origem a uma unificação de ambos os sectores, criando um sistema de segurança social. O problema português, no seu entender, residia claramente na divisão entre previdência e assistência<sup>521</sup>.

A necessidade de uma remodelação ministerial já se fazia sentir, pelo menos desde 1954, quando data uma carta de Marcello Caetano, então presidente da *Câmara Corporativa*, a Salazar. Nela, refere a existência de um conjunto governamental já bastante antigo e fatigado, aconselhando o presidente do *Conselho* a uma remodelação mais global e não muito distante temporalmente<sup>522</sup>. Nesse mesmo ano, numa carta de assinatura ilegível enviada a Salazar, observa-se o aconselhamento de nomes para a remodelação ministerial. Nessa missiva, observamos que Trigo de Negreiros estava pensado para a vice-presidência, prevista que estava a sua saída da pasta do Interior, propondo a sua substituição por Braga da Cruz, governador-civil do Porto<sup>523</sup>.

Contudo, o ano de 1958 marcou o início de uma grave crise política do regime, uma crise pautada pela imprevisibilidade e pela irremediabilidade, como sugere Fernando Rosas. Crise imprevista, pois passara incólume, aos situacionistas e à oposição, a tensão social contida numa sociedade em transição, influenciada pelas conjunturas internacionais, cujas lutas estudantis seriam talvez o exemplo mais concretizado. Crise irremediável para o destino do regime, marco do início do seu ocaso, como defende o autor<sup>524</sup>.

Apesar de autoritário, o Estado Novo preservou os princípios constitucionais, eleitoral e de representação política<sup>525</sup>, realizando periodicamente eleições. Em 1958, era vez de eleger um presidente da República, questão política que tomaria a maior

---

<sup>520</sup> Cf. MOTA VEIGA, António Jorge, *op. cit.*, p. 56.

<sup>521</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Assistência, Previdência e Segurança Social, p. 70.

<sup>522</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, PC – 76 C, Cx. 651, pt. 10.

<sup>523</sup> IDEM – *Ibidem*, PC – 76 B, Cx. 650, pt. 2.

<sup>524</sup> Cf. ROSAS, Fernando – *O Estado Novo (1926-1974)*, p. 523-524.

<sup>525</sup> Cf. CRUZ, Manuel Braga da – Eleições. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*, vol. VII, suplemento A/E. Porto: Livraria Figueirinhas, 1999, p. 607-615.

importância. Alguns marcelistas e seus apoiantes defendiam a ideia de uma recandidatura de Craveiro Lopes, como era o caso de Trigo de Negreiros, então ministro do Interior. Numa reunião com Salazar, como seu conselheiro, em finais de Abril de 1958, Trigo de Negreiros sugeriu ao presidente do Conselho o apoio à recandidatura do então presidente da República, fundamentando a sua opinião no apoio dos governadores-civis, de quem dependia a campanha da *União Nacional*<sup>526</sup>. Contudo, Salazar decidiu-se pelo apoio ao almirante Américo Tomás, ministro da Marinha desde 1944.

Do lado da oposição, surgia, contudo Humberto Delgado, “o terramoto delgadista”, como seria apelidado por Fernando Rosas. Lançado como “candidato independente”, foi granjeando apoios ao longo do tempo, de notáveis oposicionistas, monárquicos, intelectuais, católicos, até à esquerda socialista e comunista. A sua campanha iniciou-se a 10 de Maio de 1958 e foi uma clara expressão do descontentamento popular, criando um verdadeiro ambiente pré-insurreccional. Dado o efusivo apoio das massas ao general, Salazar e o seu regime sentiam-se ameaçados<sup>527</sup>.

O resultado oficial das eleições, de duvidosa credibilidade, deu a vitória ao almirante Américo Tomás. Contudo, esta seria uma vitória forjada e amarga, pois o regime ficaria fortemente abalado<sup>528</sup>. A 30 de Julho de 1958, Salazar recebeu um abaixo-assinado com centenas de assinaturas, pedindo uma remodelação ministerial. Tal advinha de uma clara “insatisfação que se apossou de uma grande parte dos adeptos do Estado Novo, quanto ao ritmo e ao espírito em que vem sendo, desde há anos, geridos os negócios públicos – ritmo lento e quase apático e espírito não revolucionário, conservador e complacente”<sup>529</sup>. Para fazer face a esta crise do regime, segundo os assinantes, “é necessário que o país se convença de que um espírito novo, um novo desembaraço, uma nova mística, tomam o lugar do conservadorismo, do imobilismo, do conselheirismo que, se não em verdade, pelo menos na aparência, vem inspirando a governação”<sup>530</sup>.

Este documento seria assinado por centenas de simpatizantes do regime, professores universitários, do ensino secundário e médio, médicos, jornalistas, industriais, homens

---

<sup>526</sup> Cf. ROSAS, Fernando – *O Estado Novo (1926-1974)*, p. 527.

<sup>527</sup> IDEM – *Ibidem*, p. 526.

<sup>528</sup> IDEM – *Ibidem*, p. 526.

<sup>529</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/PC-65, pt. 1.

<sup>530</sup> IDEM – *Ibidem*, CO/PC-65, pt. 1.

da lavoura, trabalhadores do comércio, funcionários públicos... Do ponto de vista dos profissionais de saúde, registamos as assinaturas de 26 médicos, a grande maioria radicada em Lisboa. Entre eles, alguns nomes de peso, como José dos Santos Bessa<sup>531</sup>, Joaquim de Moura Relvas ou Augusto Cerqueira Gomes, deputado da *Assembleia Nacional*. Notamos, ainda, a subscrição de dois farmacêuticos, os únicos profissionais de saúde que assinaram este documento, para além dos elementos da classe médica já referidos.

Perante este documento, a 1 de Agosto, reúnem-se os homens de confiança de Salazar para sugerir nomes para uma remodelação ministerial. Conforme carta de Lumbrals<sup>532</sup> a Salazar, datada de 2 de Agosto, observamos que este tema já era recorrente em anteriores reuniões do grupo com Salazar. Nela, podemos constatar que, para a saúde e assistência, eram apontados vários nomes, como acontecia para as restantes pastas. Neste documento, pela primeira vez, a saúde e a assistência são tratadas como únicas integrantes de uma pasta respectiva. Os nomes sugeridos por Lumbrals para a encabeçar seriam os de Agostinho Cardoso<sup>533</sup> e Henrique Martins de Carvalho, funcionário do Ministério dos Negócios Estrangeiros. Por seu turno, Albino dos Reis<sup>534</sup>

---

<sup>531</sup> Cf. **BESSA, José dos Santos (1905-?)**: licenciado em medicina, vice presidente da *Câmara Municipal de Coimbra*, foi procurador da *Câmara Corporativa* entre 1945 e 1974. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 101.

<sup>532</sup> **João Pinto da Costa Leite (1905-1975)**: natural do Porto, doutorou-se em ciências político-económicas pela *Universidade de Coimbra*, em 1927. Principal expoente da teoria corporativista portuguesa, iniciou a sua carreira como professor auxiliar da *Faculdade de Direito* daquela cidade, sendo discípulo e assistente de Oliveira Salazar, substituindo-o quando este integrou o governo. Monárquico, foi um dos elementos da ala mais conservadora do Salazarismo. Entre 1929 e 1937, foi subsecretário de Estado das Finanças. Entre 1936 e 1946, foi presidente da *Junta Central da Legião Portuguesa*. De 1937 a 1940, foi ministro do Comércio e da Indústria. Na década seguinte, até 1950, seria ministro das Finanças. Entre 1950 e 1955 foi ministro da Presidência. Conhecido como “Lumbrals” por ser 4º conde de Lumbrals, foi membro vitalício do *Conselho de Estado* e procurador à *Câmara Corporativa*. Nos últimos anos de vida, dedicou-se à administração de empresas, sendo presidente do conselho de administração da SACOR, e presidente da assembleia geral do *Banco Lisboa & Açores* e do *Banco Totta & Açores*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 134.

<sup>533</sup> **Agostinho Gabriel de Jesus Cardoso (1908-?)**: natural do Funchal, foi médico pneumologista. Presidente da comissão distrital do Funchal da *União Nacional*, foi delegado de saúde daquela cidade, subdelegado do IANT, médico-chefe do *Sanatório Dr. João de Almeida*, membro do *Conselho de Turismo da Madeira* e procurador à *Câmara Corporativa*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 89.

<sup>534</sup> **Albino Soares Pinto dos Reis Junior (1888-1983)**: nasceu em Oliveira de Azemeis, tendo frequentado a *Universidade de Coimbra* e tirado o curso de Direito, que terminaria em 1913. Até 1931, exerceu advocacia, sendo ainda conservador do *Registo Civil de Oliveira de Azeméis e de São João da Madeira*. Foi filiado no *Partido Republicano Português*, de onde acabou por ser expulso, aderindo posteriormente ao *Partido Republicano Nacionalista*, e à *União Liberal Republicana* de Francisco da Cunha Leal. Integrou a elite política do Estado Novo, sendo um dos conselheiros próximos de Salazar, embora mais tarde se tenha aproximado da corrente reformista do regime de Marcelo Caetano. Foi deputado da *Assembleia Nacional* (1935-1973), líder da mesma assembleia (1935-1937), vice-presidente

sugeriu Melo e Castro. Dois outros nomes seriam, ainda, sujeitos a ponderação: os de Arnaldo Sampaio<sup>535</sup> e de Paulo Rodrigues, secretário de Estado da *Presidência do Conselho de Ministros*<sup>536</sup>.

Para a pasta do Interior, os nomes sugeridos para substituir Trigo de Negreiros seriam os do Coronel Rui Cunha, do Tenente-Coronel Schultz, Antunes Varela, Teotónio Pereira, Melo e Castro e Veiga de Macedo. No *Fundo Oliveira Salazar* consta um documento manuscrito, não assinado, provavelmente da autoria do presidente do *Conselho*, onde podemos observar um conjunto de nomes pensados para o novo *Ministério da Saúde e Assistência*: mais uma vez surgia o nome de Agostinho Cardoso, José dos Santos Bessa, Armando Cândido<sup>537</sup>, Baltasar Rebelo de Sousa<sup>538</sup> e Henrique Tenreiro<sup>539</sup>. Nesta lista de nomes, aparecia, ainda, o de Henrique Martins de Carvalho<sup>540</sup>, sublinhado no original, indicando claramente a sua preferência<sup>541</sup>.

---

(1938-1942), presidente (1945-1961), membro do *Conselho de Estado* e ministro do Interior (1932-1933). Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 211.

<sup>535</sup> **António Arnaldo de Carvalho Sampaio (1908-1984)**: médico, investigador e professor. Licenciado em medicina, em 1933, foi contratado pela D.G.S., em 1939, para o combate às epidemias, havendo sido colocado no Laboratório de Bacteriologia Sanitária do *Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*. Com a reforma dos serviços de saúde e assistência, em 1945, conseguiu uma bolsa de estudos para os Estados Unidos, a fim de obter o grau de “Master of Science in Public Health”, na *Universidade John Hopkins*. Em 1953, após o trabalho como investigador no *Centro Mundial da Gripe*, montou e dirigiu o *Centro Nacional da Gripe*, ligado à O.M.S. Em 1955, foi nomeado Inspector Superior de Saúde. Entre 1968 e 1972 dirigiu o *Instituto Superior de Higiene*. Em 1972, foi nomeado Director-Geral de Saúde, cargo que ocuparia até à sua aposentação, em 1978. Cf. COELHO, Aloísio M. – In Memoriam Professor Arnaldo Sampaio 1908-1984. In *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. Lisboa, vol. 9-10, 1984-1985, p. 1-3.

<sup>536</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/PC-55, pt. 21.

<sup>537</sup> **Armando Cândido de Medeiros (1904-1973)**: natural dos Açores, era licenciado em Direito pela *Universidade de Coimbra*. Foi magistrado, juiz de Direito da comarca da Ribeira Grande (1945), Juiz Conselheiro do *Tribunal de Contas* (1956), delegado do INTP nos Açores, presidente da *Junta Central do Distrito Autónomo de Ponta Delgada* (1949), presidente do *Centro de Estudos Político-Sociais da União Nacional*. BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009. vol. V, p. 221.

<sup>538</sup> **Baltasar Rebelo de Sousa (1921-2002)**: médico e político. Licenciado em medicina pela *Universidade de Lisboa*, em 1949, com especializações em medicina tropical (1952) e em medicina sanitária (1953). Foi funcionário nos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1949), inspetor e subinspetor médico dos mesmos serviços na *Junta Central das Casas dos Pescadores* (1949-1953). Possuiu um vasto percurso político ligado ao Salazarismo e ao Marcelismo, cultuando um ideário nacionalista, republicano, social, antiparlamentar e antiliberal. Foi grande colaborador de Marcello Caetano, chegando a ser seu secretário pessoal. Foi vogal da comissão concelhia de Lisboa da *União Nacional* (1948-1954), subsecretário de Estado da Educação Nacional (1955-1961), governador-geral de Moçambique (1968-1970), ministro das Corporações e Previdência Social e ministro da Saúde e Assistência (1970-1973), ministro delegado para a Emigração (1970-1973), ministro do Ultramar (1973). BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009. vol. VI, p.123.

<sup>539</sup> **Henrique Ernesto Serra dos Santos Tenreiro (1901-1994)**: oficial da Armada, desempenhou diversos cargos na Marinha, entre os quais o de Comandante-director da Esquadra de Submarinos (1954-1957). Foi figura emblemática do Estado Novo, pela acumulação de cargos e de poder no sistema político

Trigo de Negreiros, por seu turno, em carta manuscrita enviada a Salazar, datada de 7 de Agosto, mostrava-se contra a criação de um *Ministério da Saúde e Assistência*, parecendo-lhe a sua criação “inoportuna dado não se haverem definido as relações com a previdência”<sup>542</sup>. Por tal, o ainda ministro do Interior considerava que “a criação desta secretaria não oferece vantagens, mas sobretudo inconvenientes”<sup>543</sup>. Do ponto de vista da classe médica, Rui Pinto Costa releva-nos que, precisamente nesta época, esta mostrava-se “particularmente agitada e reivindicativa”<sup>544</sup>, produzindo numerosos documentos onde criticavam e noticiavam os grandes problemas sanitários do país, utilizando a imprensa médica e não médica e valendo-se da *Ordem dos Médicos*.

Gonçalves Ferreira aponta a razão para a criação do novo ministério assente na suposta sugestão dos colaboradores do chefe do governo, especialmente Bissaya Barreto, que lhe tinham sugerido fazê-lo calmamente, aproveitando um remodelação ministerial mais ampla<sup>545</sup>. Contudo, para além do depoimento de Gonçalves Ferreira, que trata o assunto em termos probabilísticos, não apresentando certezas face ao mesmo, não encontramos nenhuma outra fonte que corrobore a ligação entre Bissaya Barreto e a criação do novo ministério. A ser verdade que Bissaya Barreto sugeriu a Salazar a criação, a longo prazo, sem pressas, do novo ministério, a verdade é que a sua criação se realizou num momento de grande agitação, num momento “inoportuno”, como diria Trigo de Negreiros, sem existir uma definição das relações com a previdência, sem qualquer nome pré-definido para o encabeçar... Trata-se claramente uma criação apressada. O decreto inaugural não previa a orgânica do novo ministério<sup>546</sup>. Gonçalves Ferreira também não nos informa quando terá sido dada tal sugestão por

---

e nas organizações paramilitares do regime. Foi procurador à *Câmara Corporativa*, tendo exercido uma influência decisiva na política nacional de pescas. Foi, ainda, provedor da *Misericórdia de Almada* e vice-presidente da *Liga de Amigos dos Hospitais*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 301.

<sup>540</sup> **Henrique de Miranda Vasconcelos Martins de Carvalho (1919-1994)**: professor universitário e diplomata. Foi funcionário do *Ministério dos Negócios Estrangeiros*, onde foi chefe dos serviços de Cifra, chefe dos serviços do Pacto do Atlântico, chefe de serviço dos Negócios Políticos Ultramarinos. Da sua vasta carreira diplomática, destaca-se a sua qualidade de membro da comissão encarregada de defender os interesses de Portugal no diferendo com a União Indiana no Tribunal de Haia (1957). Foi procurador à *Câmara Corporativa* e ministro da Saúde e Assistência (1958-1962). Foi professor do *Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 98.

<sup>541</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/PC-55, pt. 21.

<sup>542</sup> IDEM – *Ibidem*, CO/PC-55, pt. 21.

<sup>543</sup> IDEM – *Ibidem*, CO/PC-55, pt. 21.

<sup>544</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 117.

<sup>545</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 354.

<sup>546</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 41825. *Diário do Governo*, I Série. 177 (1958-08-13).



Bissaya Barreto, pelo que não sabemos o tempo que terá decorrido entre esta e a criação do ministério.

Tal como afirma Rui Pinto Costa, o problema da criação do *Ministério da Saúde e Assistência* ainda não está completamente clarificado, pela inexistência de novas fontes que nos possam esclarecer. Contudo, o autor aponta, como duas principais razões para a sua criação, a pacificação da classe médica e o apaziguamento da opinião pública quanto a esta matéria, dando maior relevo ao primeiro ponto<sup>547</sup>. Todavia, se, na verdade, o regime apenas quisesse pacificar a classe médica, porque não escolheria um médico para o encabeçar? A ideia da criação de um *Ministério da Saúde e Assistência* era antiga, retrocedendo, pelo menos, ao início do regime, sendo um tema recorrente em quase todos os congressos da *União Nacional*, como pudemos comprovar. O que aqui tentamos procurar é o motivo, o fenómeno ou os fenómenos catalisadores para a sua criação.

Não desconsiderando a importância do vector relativo ao controle de uma classe médica que se vinha organizando e ganhando relevância social e política, sustentamos, contudo, que o momento catalisador para a criação do novo ministério terá sido a crise política de 1958. Tal fenómeno seria uma resposta aos anseios de uma classe, mas sobretudo uma tentativa propagandística, um golpe de cosmética para agradar à opinião pública, que tanto preocupava o regime. Mais uma vez, como no período pós II Guerra Mundial, o Estado Novo respondia a um período de crise com um reforço da sua política de saúde e assistência.

Rui Pinto Costa defende que o *Ministério da Saúde e Assistência* foi criado por pressão da classe médica<sup>548</sup>. Contudo, em nosso entender, trata-se de uma visão unilateral. A criação da nova pasta não pode ser encarada como um processo isolado, mas sim multifatorial. Na verdade, não existe um diploma dedicado exclusivamente à criação deste ministério. Pelo contrário, ele é criado pelo Decreto-Lei nº. 41825 que, para além da sua fundação, reestrutura a orgânica de vários outros ministérios, num âmbito alargado de remodelação ministerial. E é neste âmbito alargado, considerando vários vectores, que deve ser entendida esta génese. Por pressão da classe médica, por pressão de alguns conselheiros de Salazar (como seria o caso de Bissaya Barreto), mas

---

<sup>547</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 118.

<sup>548</sup> IDEM, *ibidem*, p. 247.

sobretudo pela pressão das oposições que apoiavam a candidatura de Humberto Delgado, influenciadoras da opinião pública, expectantes de uma mudança, catalisadoras de todo o processo.

Apenas pela simbiose destas pressões é possível entender a criação deste ministério, inserida num movimento de remodelação ministerial mais alargado, uma resposta cosmética do Estado Novo a um grave período de crise, uma manobra para convencer a opinião pública de que era possível renovar o regime. Opinião pública que sempre fora uma grande preocupação do regime, como notaria Martins de Carvalho: “o Professor Oliveira Salazar transigira com a opinião pública e criara o *Ministério da Saúde*; mas no fundo não tinha grande interesse em que este equacionasse e procurasse actuar com alguma energia nos problemas essenciais do sector”<sup>549</sup>. Por vezes, era preciso mudar para que tudo continuasse na mesma...

### **2.3.1. Um novo ministério, sem orgânica nem atribuições.**

Como já verificámos, o primeiro nome escolhido para ministro da Saúde e Assistência não foi um médico. A escolha de Salazar recaiu sobre Henrique Miranda Vasconcelos Martins de Carvalho, funcionário superior do *Ministério dos Negócios Estrangeiros*, licenciado em Direito e em Ciências Económicas. O mesmo considerava-se “um funcionário do *Ministério dos Negócios Estrangeiros* desempenhando uma comissão de serviço num diferente ministério”<sup>550</sup>. Preteridas ficavam personalidades de peso, médicos com um vasto currículo, como Arnaldo Sampaio ou Agostinho Cardoso. O escolhido seria um nome completamente desconhecido da classe médica, sem qualquer experiência ou formação na área, talvez a escolha menos provável. Contudo, porquê um *Ministério da Saúde e Assistência* não encabeçado por um médico? Rui Pinto Costa explica-nos esta opção, por parte do poder político, devido à ideia corrente de que os médicos seriam sempre maus ministros da saúde<sup>551</sup>.

---

<sup>549</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 355.

<sup>550</sup> Cf. O Discurso de Sua Excelência o Ministro da Saúde e da Assistência no Congresso das Misericórdias. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 133/134, Julho/Dezembro, 1958, p. 131.

<sup>551</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 119.

Gonçalves Ferreira vai mais longe, ao publicar um depoimento de Martins de Carvalho, datado de 1989. Nele, o primeiro ministro da Saúde e Assistência revela-nos que recusara “expressamente e por escrito”<sup>552</sup> a nomeação para o cargo. Salazar havia-lhe respondido que estava generalizado o desejo de se criar aquele ministério e que, a esse propósito, Martins de Carvalho havia assinado um documento, com várias individualidades, onde sugeria a criação da referida pasta. A razão a favor da sua escolha para o cargo, residia, segundo ele, no facto de não possuir qualquer ligação ou compromisso com o sector. Para Salazar, tal era ideal, dadas as dificuldades que o regime havia atravessado que “aconselhavam um rejuvenescimento das estruturas da vida pública e a busca de pessoas desligadas das actividades políticas anteriores ou até conhecidas por uma atitude crítica quanto a elas”<sup>553</sup>, como era o seu caso. O ex-ministro acreditava que havia sido escolhido por ser um funcionário administrativo razoável e porque estava certo de que não perturbaria “o desenvolvimento da política económica que considerava preferível para o país”<sup>554</sup>.

Nas memórias de Henrique Veiga de Macedo<sup>555</sup> sobre Salazar, o antigo ministro das Corporações e da Previdência Social declarava que o presidente do Conselho, na ocasião do convite que lhe foi dirigido para assumir a pasta, lhe revelou existir, em Portugal, uma velha tendência, que considerava perniciosa, de se exigir que o ministro da Educação fosse professor, o das Obras Públicas fosse engenheiro ou o da Saúde fosse médico... Para Salazar, os homens não valiam pelo seu saber, mas pela faculdade de se adaptarem aos novos desafios<sup>556</sup>. Na verdade, colocar um médico à frente do *Ministério da Saúde e Assistência* não seria como acender um rastilho de pólvora num período de crise consumada? Como temos vindo a observar, a classe médica mostrava-se cada vez mais reivindicativa, publicando artigos subversivos no Jornal *O Médico*, iniciando

---

<sup>552</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 355.

<sup>553</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 355.

<sup>554</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 356.

<sup>555</sup> **Henrique Veiga de Macedo (1914-2005)**: natural de Aveiro, licenciou-se em Direito pela *Universidade de Coimbra* (1939). Iniciou a sua carreira como subdelegado do I.N.T.P., no Porto e em Braga. Entre 1942 e 1945, foi delegado, no norte, da *Federação dos Serviços Medico-Sociais* e vice-presidente da *Federação das Caixas de Previdência-Habitações Económicas*. Foi subsecretário de Estado da Educação Nacional (1949-1955), ministro das Corporações e Previdência Social (1955-1961), presidente da comissão executiva da *União Nacional* (1961-1965), presidente da *Federação das Caixas de Previdência* e director-geral do Trabalho e Corporações (1965). Exerceu, ainda, as funções de deputado na *Assembleia Nacional* até 1974. BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009. vol. V, p. 67.

<sup>556</sup> Cf. PINTO, Jaime Nogueira – *Salazar visto pelos seus próximos (1946-1968)*. 4ª. edição, Lisboa: Bertrand, 2007.

aquilo que ficaria conhecido como “Movimento dos Novos”<sup>557</sup>. Este movimento era constituído por um grupo de jovens médicos com ligações políticas à esquerda, que organizaria um movimento profissional apoiado pela *Ordem dos Médicos*.

Em carta dirigida ao presidente do Conselho, datada de 26 de Novembro de 1958, o ministro das Corporações e Previdência Social, que geria corporativamente o interesse dos médicos, admitia que a escolha de um deles para ministro “poderia ser gravíssimo para o país”<sup>558</sup>. O mesmo ministro mostrava-se apreensivo quanto ao rumo desenhado pela *Ordem* que, após o estabelecimento do acordo entre a previdência e a *Direcção-Geral de Assistência* para os internamentos hospitalares, levaria a cabo uma “estranha ofensiva”, que manteria, tentando criar pressão sobre o governo e criar uma opinião pública favorável.

Veiga de Macedo ficou impressionado com o papel reivindicativo da *Ordem dos Médicos*, “num momento de dificuldades para o Governo, a braços ainda com o rescaldo da campanha eleitoral e com o surto grevista, e em vésperas de uma anunciada remodelação ministerial”<sup>559</sup>. O ministro afirmava o descontentamento da classe por não ter sido designado um médico para encabeçar a nova pasta. Contudo, concomitante a este descontentamento, existia uma certa euforia com a criação do novo ministério, que muitos acreditavam que passaria a ser “uma espécie de supersindicato da sua classe”<sup>560</sup>. Nesse sentido, Veiga de Macedo informa-nos que, sem lhe conceder explicações, a *Ordem dos Médicos* havia enviado um ofício ao ministro da Saúde e Assistência, exprimindo o seu anseio de ligação ao novo ministério e não ao *Ministério das Corporações e Previdência Social*, como vinha a acontecer.

Martins de Carvalho, em carta confidencial e pessoal dirigida ao presidente do Conselho, afirmava não ter respondido à proposta de integração apresentada pela *Ordem dos Médicos*, aceitando a posição que o governo preferisse. O ministro referia a existência de tensões profissionais dentro da classe, tentando, para tal, apaziguá-las através do simples contacto pessoal com as suas aspirações. Martins de Carvalho considerava este problema, não apenas um movimento de hostilidade política, mas

---

<sup>557</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar, CR2, Cx. 67, pt. 22.

<sup>558</sup> IDEM – *Ibidem*, CR2, Cx. 67, pt. 22.

<sup>559</sup> IDEM – *Ibidem*, CR2, Cx. 67, pt. 22.

<sup>560</sup> IDEM – *Ibidem*, CR2, Cx. 67, pt. 22.

como uma série de problemas profissionais, muitos deles graves e à espera de solução<sup>561</sup>.

Era, pois, por demais evidente que um ministro da Saúde e Assistência fora do contexto médico seria muito melhor controlável e menor fonte de problemas, uma opção cautelosa e prudente num período de grave crise do regime. A 20 de Agosto de 1958, Jorge Augusto da Silva Horta<sup>562</sup>, presidente do *Conselho Geral da Ordem dos Médicos*, seu bastonário e director da *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*, enviou uma carta ao presidente do *Conselho* a agradecer, em nome do Conselho Geral daquela *Ordem*, a criação do novo ministério, “que promete ser um ponto de partida para a elevação efectiva do nível de saúde e de assistência social no nosso país”<sup>563</sup>. O bastonário da *Ordem dos Médicos* estava confiante de que o novo ministério poderia “estudar e solucionar os múltiplos problemas da saúde, da assistência social e da previdência ainda hoje dispersos por vários ministérios, a despeito da sua íntima, inegável e indestrutível interdependência”<sup>564</sup>.

Nesse mesmo ano, cessaria funções, enquanto ministro do Interior, Trigo de Negreiros, em virtude da remodelação ministerial que viria a ocorrer. O diploma que concedeu a sua exoneração adianta que o executou a seu pedido<sup>565</sup>. Nesse ano, faleceria Joaquim Diniz da Fonseca, recordado pelo *Boletim da Assistência Social* devido à sua obra assistencial<sup>566</sup>. O *Boletim dos Serviços de Saúde Pública* aproveitava, através de uma nota da redacção, para manifestar o regozijo dos trabalhadores que se dedicavam à causa da saúde pública, pela criação do novo ministério, considerado “uma velha aspiração”. A mesma publicação, aproveitava para homenagear Trigo de Negreiros, pela sua actuação enquanto subsecretário de Estado da Assistência Social e ministro do

---

<sup>561</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CR2, Cx. 67, pt. 22.

<sup>562</sup> **Jorge Augusto da Silva Horta (1907-1989)**: médico, especialista em Anatomia Patológica. Foi professor catedrático de Anatomia Patológica da *Faculdade de Medicina de Lisboa*. Entre 1949 e 1954 foi director interino do *Instituto de Medicina Legal* e, entre 1956 e 1966, foi director da *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*. Entre 1956 e 1962, acumulou o cargo de bastonário da *Ordem dos Médicos*. Foi redactor de vários jornais médicos. O seu nome ficou ligado à identificação da substância amiloide, com Corino de Andrade, e a suberose. Cf. MARTINS E SILVA, J. [et al.] – HORTA, Jorge da Silva. In *Perfil Biográfico dos Professores Catedráticos da Faculdade de Medicina* [Em linha], [cons. 28 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: [http://memoria.ul.pt/index.php/Horta\\_Jorge\\_da\\_Silva](http://memoria.ul.pt/index.php/Horta_Jorge_da_Silva)

<sup>563</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN 10 A, pt. 22.

<sup>564</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-IN 10 A, pt. 22.

<sup>565</sup> Cf. DECRETO n.º 41826. *Diário do Governo, I Série*. 178 (1958-08-14), p. 903-904.

<sup>566</sup> Cf. In Memoriam: Dr. Joaquim Diniz da Fonseca. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 133/134, Julho/Dezembro, 1958, p. 223.

Interior, “pois que o País lhe ficou a dever alguns dos mais importantes diplomas legais”<sup>567</sup> na área da saúde e assistência.

Como podemos observar pelo Decreto-Lei nº. 41825, foram transferidos para o novo ministério os serviços de saúde e assistência pública, até então afectos ao *Ministério do Interior*, extinguindo-se o cargo de subsecretário de Estado da Assistência Social<sup>568</sup>. Por tal, Emídio Beirão Pires da Cruz seria homenageado pelo *Boletim da Assistência Social*, no momento da sua exoneração por extinção do subsecretariado que dirigia<sup>569</sup>. Contudo, o novo ministério não possuía atribuições específicas, como bem fazia saber Martins de Carvalho ao presidente do Conselho, incomodado com a chamada recebida do ministro das Corporações e Previdência Social, na qual mostrava reticências sobre a sua competência para delinear o plano de saúde rural<sup>570</sup>.

No seu discurso, no acto de transmissão de poderes, realizado a 14 de Agosto de 1958, Martins de Carvalho aproveitou para sublinhar que havia aceitado um cargo que não tinha solicitado, embora assumisse que nele trabalharia com afinco. Para superar as dificuldades, dizia contar com a colaboração dos funcionários, com a colaboração da classe médica, e “com o interesse crescente que os problemas de saúde pública suscitam na opinião pública do nosso País”<sup>571</sup>. O novo ministro aproveitou, ainda, para agradecer o apoio concedido por Trigo de Negreiros, dado que havia entrado na vida pública enquanto seu assistente, tendo sido chamado a continuar a sua obra.

Num dos seus primeiros discursos enquanto ministro da saúde, por ocasião do *Congresso das Misericórdias*, que integraria as *Comemorações do V Centenário da Rainha D. Leonor*, Martins de Carvalho mostrou-se pessimista quanto ao futuro e a eficácia do seu novo ministério. Expunha uma grande incerteza face aos tempos vindouros, afirmando que o *Ministério da Saúde e Assistência*, “seja qual for o seu

---

<sup>567</sup> Cf. Ministério da Saúde e Assistência. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. V, nº. 3, Julho/Setembro 1958, p.262.

<sup>568</sup> DECRETO-LEI nº. 41825, p. 890.

<sup>569</sup> Cf. Conselheiro Doutor Pires da Cruz. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 133/134, Julho/Dezembro, 1958, p. 267.

<sup>570</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CR2, Cx. 67, pt. 22.

<sup>571</sup> Cf. Palavras proferidas por Sua Excelência o Ministro da Saúde e Assistência, no acto de transmissão de poderes realizado em 14 de Agosto de 1958. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. V, nº. 3, Julho/Setembro 1958, p.265-266.

futuro”, era uma forma de realizar “alguns dos objectivos da segurança social”<sup>572</sup>, supletivamente sempre que possível. Contudo, o novo ministro não acreditava que este ministério, por si só, pudesse “algum dia garantir eficazmente a segurança social de todos os portugueses”<sup>573</sup>. Na verdade, aquela pasta era um reflexo das consequências das crises económicas e das deficiências dos vários sectores nacionais. Apenas fomentando a riqueza nacional, na sua opinião, seria permitida uma acção mais desafogada daquele ministério.

Como principais funções, o novo ministério parecia manter as do extinto subsecretariado, nomeadamente as de coordenação e fiscalização das actividades oficiais e privadas na área da saúde e assistência e o estímulo da assistência particular. O Estado continuava a assumir a sua função, nesta área, enquanto supletiva da iniciativa privada, “completando-a na medida em que ela se torna insuficiente”<sup>574</sup>. Outro dos objectivos deste novo ministério era o de terminar com as duplicações assistenciais existentes. Apesar de ter ascendido a uma importância ministerial, a doutrina estatal em termos de saúde e assistência parecia não se ter alterado.

O novo ministro assumia, ainda, que as suas principais preocupações eram a assistência psiquiátrica, a luta antitracomatosa, a profilaxia da cegueira, a profilaxia social e o *Instituto Nacional de Sangue*. De acordo com a doutrina, Martins de Carvalho considerava que as misericórdias eram o grande centro coordenador e supletivo da assistência local, devendo o Estado conceder-lhes subsídios proporcionais às suas necessidades. Ao ministro preocupava, ainda, a falta de pessoal técnico indispensável à assistência médico-cirúrgica nos hospitais regionais e sub-regionais, a carestia da assistência farmacêutica e a insuficiente cobertura sanitária do país<sup>575</sup>.

---

<sup>572</sup> Cf. O Discurso de Sua Excelência o Ministro da Saúde e da Assistência no Congresso das Misericórdias, p. 132.

<sup>573</sup> Ibidem, p. 133.

<sup>574</sup> Ibidem, p. 135.

<sup>575</sup> Ibidem, p. 136.

### 2.3.2. A Afirmação do *Ministério da Saúde e Assistência*.

Como mais tarde narraria a Gonçalves Ferreira, Martins de Carvalho sentia-se impotente também pela inexistência de uma lei orgânica do novo ministério, ausente por um longo período de 8 meses. Só a 13 de Abril de 1959 seria publicada a lei estrutural do *Ministério da Saúde e Assistência*. No preâmbulo do Decreto-Lei nº. 42210, podemos observar que o governo considerava que a estruturação do novo ministério era “ao mesmo tempo tarefa urgente e muito difícil de realizar”<sup>576</sup>. Por tal, o diploma procurava dar a estruturação indispensável ao ministério e fixava, no prazo de um ano, o limite máximo para a publicação da lei orgânica definitiva e os respectivos regulamentos. O preâmbulo deste diploma informa-nos, ainda, sobre o “surto de interesse causado na opinião pública pela criação do Ministério”<sup>577</sup>. Parecia, pois, que o principal objectivo do Estado Novo com a criação desta nova pasta tinha sido atingido.

Esta seria, pois, segundo o próprio diploma, uma solução temporária, que deveria durar, no máximo, um ano. Como novidade, observava-se a criação do Conselho Coordenador do ministério, presidido pelo ministro, constituído pelos directores-gerais de saúde e assistência, inspector-chefe da assistência social, provedores da *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* e da *Casa Pia*, inspectores superiores e directores dos serviços técnicos da *Direcção-Geral de Saúde*, enfermeiro-mor dos *Hospitais Cívicos de Lisboa* e do *Hospital de Santa Maria*, director do *Instituto Ricardo Jorge*, director do *Centro de Inquérito Assistencial* e dois representantes do conselho geral da *Ordem dos Médicos*, um dos quais era considerado delegado permanente. Contudo, o diploma não identificava as funções e atribuições deste novo órgão, apenas abordando a sua função de avaliação dos relatórios e trabalhos exarados pelo Gabinete de Estudos do ministério. Note-se, ainda, que este diploma previa a integração do presidente do conselho geral da *Ordem dos Médicos* como vogal efectivo do *Conselho Superior de Higiene e Assistência Social*<sup>578</sup>.

No rescaldo do primeiro ano de existência do novo ministério, realizou-se um “exame de consciência” a todos os seus principais responsáveis. Em várias sessões do

---

<sup>576</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 42210. *Diário do Governo, I Série*. 83 (1959-04-13), p. 378.

<sup>577</sup> Ibidem, p. 378.

<sup>578</sup> Ibidem, p. 379.



Conselho Coordenador, os dirigentes mais qualificados fizeram o balanço das metas atingidas e das insuficiências verificadas, validando o esforço empenhado<sup>579</sup>.

Para melhor entendermos qual a orientação política do novo ministério, propomos a análise ao gráfico que nos mostra os subsídios de comparticipação, concedidos às organizações oficiais de assistência, durante o ano de 1959<sup>580</sup>. Nele, podemos observar que as maiores preocupações do novo ministério, na sua fase inicial, pareciam centrar-se nos estabelecimentos hospitalares, na luta contra a tuberculose e na assistência a alienados. Para trás ficaria, a assistência à maternidade e à primeira infância, a assistência na idade escolar, a assistência na invalidez e a preocupação com as doenças reumáticas e cardiovasculares (*Vide Gráfico 4*).

Em 1959, o ministro Martins de Carvalho visitou o Brasil, em representação do presidente da República<sup>581</sup>, o que parecia sublinhar que as funções do antigo funcionário do *Ministério dos Negócios Estrangeiros* ainda estavam bem presentes. O ministro deslocou-se ao Brasil para a inauguração do *Hospital Real Beneficência Portuguesa de São Paulo* e para a comemoração do primeiro centenário daquela instituição<sup>582</sup>.

Ainda no mesmo ano de 1959, Martins de Carvalho discursou na *XII Assembleia Mundial de Saúde*, da O.M.S., realizada em Genebra, enquanto chefe da delegação portuguesa. Daquela delegação faziam, também, parte o director-geral de saúde, Augusto da Silva Travassos, o professor do *Instituto de Medicina Tropical*, Guilherme Jorge Janz, o inspector superior de saúde e higiene, Bernardino Pinho, e o chefe de gabinete do ministro, Albano Enes Dias. No discurso, o ministro fez um resumo da situação sanitária portuguesa, contando com a colaboração da O.M.S., com “o alto nível científico dos seus técnicos e com a amizade benevolente do seu Secretariado”<sup>583</sup>.

---

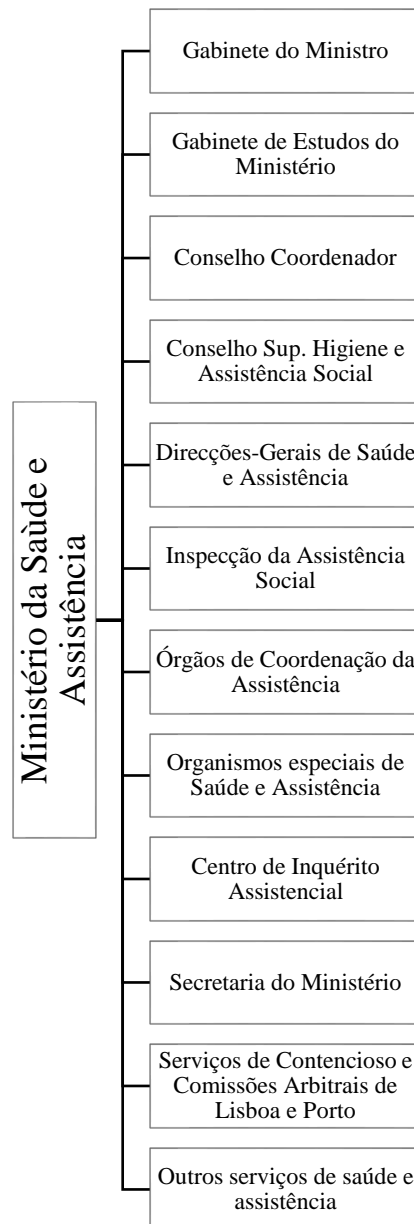
<sup>579</sup> Cf. Exame de Consciência. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 91, Janeiro, 1960, p. 33.

<sup>580</sup> Cf. Subsídios de comparticipação concedidos às organizações oficiais de assistência para o ano de 1959. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 135/136, Janeiro/Julho, 1959, p. 132.

<sup>581</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-PC-60, pt. 11.

<sup>582</sup> Cf. Visita do Ministro da Saúde e Assistência ao Brasil. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 137/138, Julho/Dezembro, 1959, p. 121.

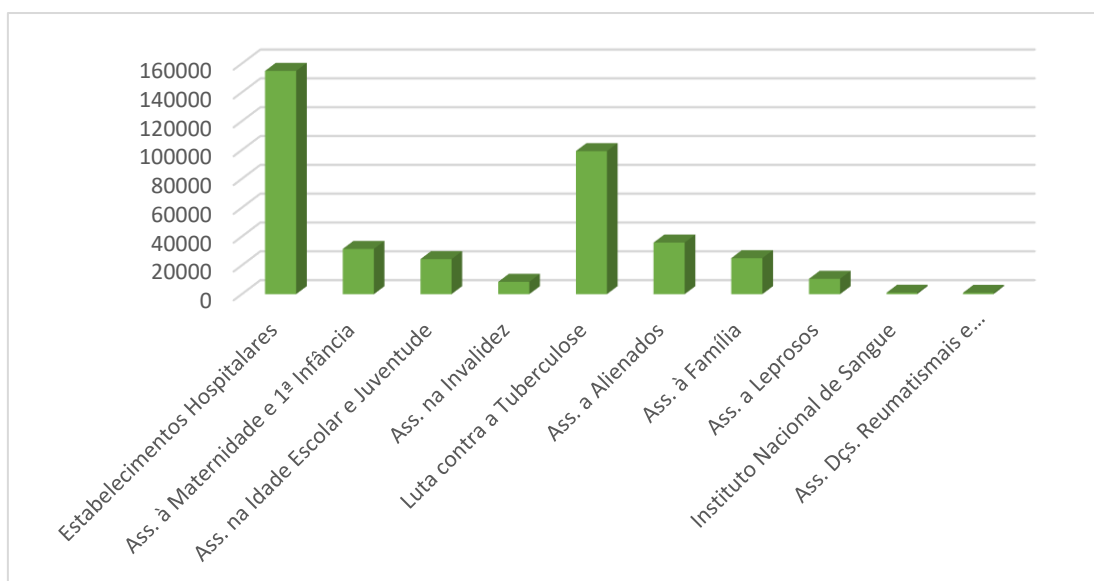
<sup>583</sup> Cf. Portugal na XII Assembleia Mundial de Saúde, da O.M.S., em Genebra. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Vol. VI, nº. 2, Abril/Junho 1959, p. 163-166.



**Org. 17:** Estruturação do *Ministério da Saúde e Assistência*, segundo do Decreto-Lei nº. 42210 (1959).

Na verdade, enquanto ministro da Saúde e Assistência, Martins de Carvalho teve a preocupação de tentar coordenar os serviços de saúde espalhados por vários ministérios. Testemunhá-lo-ia a criação de uma comissão interministerial permanente, congregando os ministérios da Educação Nacional e da Saúde e Assistência, com sede neste último ministério<sup>584</sup>.

<sup>584</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 17058. *Diário do Governo, I Série*. 54 (1959-03-10), p. 252.



**Gráf. 4:** Subsídios de comparticipação concedidos a organizações oficiais de assistência (1959) – em contos [Fonte: *Boletim da Assistência Social*, nº. 135/136, Janeiro/Julho, 1959, p. 132]<sup>585</sup>.

Esta comissão tinha como fim manter os serviços afins dos dois ministérios reciprocamente informados das respectivas actividades e projectos, realizar a coordenação entre os departamentos dos dois ministérios dedicados à saúde, estudar e propor medidas para impedir duplicações, tentar encaminhar para o ministério mais apropriado casos concretos. Pelo *Ministério da Educação*, a comissão era composta pelo director-geral do Ensino Superior e Belas Artes, o director do *Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto*, o director do *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*, o presidente do I.P.O., um inspector de saúde escolar, um delegado da *Direcção-Geral do Ensino Primário* e o director do *Instituto António Aurélio da Costa Ferreira*. Pelo *Ministério da Saúde e Assistência*, a comissão seria constituída pelos directores-gerais de Saúde e Assistência, o provedor da *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, o director do *Instituto de Assistência aos Menores*, o provedor da *Casa Pia de Lisboa*, o director do I.A.N.T., o director do *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, o director do *Instituto Maternal*, o director do *Instituto Superior de Higiene*, um inspector superior de saúde e higiene, um director dos serviços técnicos da *Direcção-Geral de Saúde* e o delegado de saúde do distrito de Lisboa<sup>586</sup>.

<sup>585</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>586</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 17058, p.252.

Também entre o *Ministério da Saúde e Assistência* e o *Ministério do Ultramar* foi criada uma comissão mista para preparação de jovens em estabelecimentos do *Ministério da Saúde*, com vista ao Ultramar. De entre as atribuições desta comissão, previa-se a formação pós-universitária de profissionais de saúde com vista ao Ultramar, a ligação com a O.M.S., a uniformação dos critérios utilizados quanto às especialidades farmacêuticas e a importação de medicamentos das colónias<sup>587</sup>.

Da mesma forma, o ministro da Saúde e Assistência começava a ser contactado por outros ministérios para dar pareceres sobre alterações a diplomas, segundo a nova orgânica. Tal sucederia ainda em 1959, quando Martins de Carvalho redigiu uma carta ao ministro do Interior, José Pires Cardoso<sup>588</sup>, com o seu parecer sobre algumas alterações ao *Código Administrativo*, expressas no Decreto-Lei nº. 42536<sup>589</sup>. Nela, o novo ministro opinava sobre modificações aos artigos concernentes à nova orgânica do *Ministério da Saúde e Assistência*, aconselhando o ministro do Interior a ouvir previamente o seu ministério em assuntos que poderiam envolver a sua colaboração<sup>590</sup>.

Martins de Carvalho advertia o ministro do Interior para o problema que poderia originar o fim dos subsídios concedidos pelas juntas de província às instituições assistenciais da área, o que poderia reduzir a actividade assistencial da mesma. De igual modo, o novo diploma parecia, em certos âmbitos, não dividir expressamente a competência dos dois ministérios mas, numa atitude assertiva, considerava que “a boa colaboração existente resolverá os problemas, se os houver, e disso não hão-de advir dificuldades”<sup>591</sup>. O ministro considerava, ainda, insolúvel o problema de sucessão dos internados ou assistidos em estabelecimentos, então dependentes de juntas de província, se algumas juntas distritais, suas herdeiras, não tomassem o compromisso do pagamento

---

<sup>587</sup> Cf. PORTARIA nº. 17248. *Diário do Governo, I Série*. 148 (1959-07-01), p. 741-742; Cf. O dia-a-dia do Ministério. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 92-93, Fevereiro-Março, 1960, p. 38.

<sup>588</sup> **José Pires Cardoso (1904-?)**: natural de Abrantes, era licenciado em Direito pela *Universidade de Lisboa* e em Ciências Económicas e Financeiras. Foi professor universitário e um dos mais brilhantes corporativistas do Estado Novo. Foi director do Gabinete de Estudos Corporativos do *Centro Universitário da Mocidade Portuguesa*, membro da direcção administrativa da *Emissora Nacional*. Em 1954, foi nomeado administrador da *Caixa Geral de Depósitos, Crédito e Previdência* e, em 1958, foi nomeado ministro do Interior, apenas por três meses. Foi procurador à *Câmara Corporativa* da VI à IX Legislaturas. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 85.

<sup>589</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 42536. *Diário do Governo, I Série*. 233 (1959-09-28), p. 1180-1189.

<sup>590</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO-IN-10*, pt. 18.

<sup>591</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-IN-10, pt. 18.

dos encargos respectivos. Na sua opinião, era necessário encontrar-se, para tal caso, uma solução razoável, por acordo entre os dois ministérios.

Na verdade, um dos grandes problemas do novo ministério parecia ser a infindável distribuição de subsídios. A discussão, recepção e reclamação de subsídios parecia ser “uma das fraquezas do nosso sistema de vida”<sup>592</sup>. A *Direcção-Geral de Assistência* era obrigada a “espremer” a imaginação dos seus funcionários para encontrar soluções novas. Todos os anos, os hospitais ficavam descontentes e clamavam justiça, conforme nos dita um artigo da revista *Hospitais Portugueses*<sup>593</sup>. Por determinação do ministro, os subsídios a hospitais situados nas áreas das Comissões Inter-Hospitalares passariam a depender do parecer destes organismos<sup>594</sup>.

Se as relações entre o *Ministério da Saúde e Assistência* e o *Ministério do Interior* pareciam correr de feição, o mesmo não se podia dizer no que era relativo às relações com o *Ministério das Corporações e Previdência Social*. No *Fundo Oliveira Salazar* encontramos um conjunto epistolário entre Martins de Carvalho, Veiga de Macedo e o presidente do Conselho, datado entre 18 e 21 de Setembro de 1960. Nele, podemos observar as tensas relações entre os dois ministérios e uma clara e firme atitude de Martins de Carvalho, um ministro de um jovem ministério que se pretendia afirmar. O assunto em questão ligava-se com o problema das doenças profissionais e a criação da *Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais*<sup>595</sup>.

A 18 de Setembro de 1960, Martins de Carvalho redigiu uma carta a Salazar, onde lhe dava conta que recebera um texto de um decreto-lei, preparado pelo *Ministério das Corporações*, sem prévia audiência do seu ministério em artigos de interesse comum. No dia seguinte, o ministro da Saúde e Assistência enviava nova missiva a Salazar, classificada de “confidencial e pessoal”, onde reiterava que o seu ministério não havia sido ouvido acerca de tal decreto sobre doenças profissionais e, ao que lhe parecia, o subsecretário de Estado da Indústria e o *Ministério da Economia* também não. Por tal, Martins de Carvalho avisava o presidente do Conselho que havia enviado um ofício ao ministro das Corporações, onde assumia: “procurei evitar arestas; mas não vejo

---

<sup>592</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10, pt. 18.

<sup>593</sup> Cf. Subsídios e outras coisas mais... In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 92-93, Fevereiro-Março, 1960, p.37.

<sup>594</sup> Cf. O dia-a-dia do Ministério. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 95, Maio, 1960, p. 38.

<sup>595</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/CR-4, pt. 13.

possibilidade de aceitar decisões unilaterais e assinar, à pressa, diplomas sob assuntos que largamente respeitem a este Ministério”<sup>596</sup>.

Por seu turno, Veiga de Macedo enviava uma carta a Salazar, datada de 20 de Setembro, onde lhe pedia o favor de assinar os diplomas relativos à remodelação dos tribunais de trabalho e à criação da *Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais*. Segundo o ministro, o primeiro documento havia merecido a anuência do ministro das Finanças. O segundo diploma havia sido modificado, de harmonia com as indicações do vice ministro da Presidência. Na verdade, Veiga de Macedo, ainda não havia recebido a carta do ministro da Saúde e, sem saber, informava o presidente do Conselho que não contactara o *Ministério da Saúde e Assistência* nesse âmbito, dando razão a Martins de Carvalho.

Apenas no dia seguinte Veiga de Macedo terá recebido a missiva do seu colega com a pasta da Saúde e Assistência, havendo manuscrito, por tal, nova carta a Salazar, onde se mostrava surpreendido, porque “o diploma em nada contende com as atribuições doutros ministérios”<sup>597</sup>. A última carta existente naquele fundo sobre este tema, data de 21 de Setembro e é da autoria de Martins de Carvalho, dirigida a Salazar. Nela, revela ter dado conhecimento da sua posição ao ministro da Presidência, Pedro Teotónio Pereira, que havia considerado “razoável a atitude que assumi”<sup>598</sup>. Termina, ainda, a missiva, concluindo que “Deus queira que o sr. Ministro das Corporações aceite a sugestão do «grupo de três» [ministro da Saúde e Assistência, subsecretário de Estado da Indústria e ministro da Economia] e que, dentro em pouco se possa regulamentar o problema da silicose in totum, e não apenas unilateralmente”<sup>599</sup>.

Se as relações do *Ministério da Saúde e Assistência* com o *Ministério das Corporações e Previdência Social* não eram as melhores, com os restantes ministérios parecia não existir qualquer tipo de problemática. Martins de Carvalho aproveitava para agradecer ao *Ministério das Finanças* e ao *Ministério das Obras Públicas*, dado que dentro das suas possibilidades orçamentais, o primeiro havia prestado grande

---

<sup>596</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/CR-4, pt. 13.

<sup>597</sup> IDEM- *Ibidem*, CO/CR-4, pt. 13.

<sup>598</sup> IDEM – *Ibidem*, CO/CR-4, pt. 13.

<sup>599</sup> IDEM – *Ibidem*, CO/CR-4, pt. 13. Sublinhado conforme o original.

colaboração ao segundo, “sabendo imprimir extrema cordialidade nos contactos com os serviços”<sup>600</sup>.

Ainda no que dizia respeito à delimitação de competências entre este e os restantes ministérios, seria produzida legislação, em 1960, no que dizia respeito à luta contra a mendicidade. O Decreto-Lei nº. 43280 previa confiar ao *Ministério do Interior* a adopção de meios policiais de repressão da mendicidade, bem como a manutenção de albergues. Seria, ainda, criado um Serviço de Repressão da Mendicidade, para aconselhamento de medidas de orientação e fiscalização para a contenção dessa população<sup>601</sup>.

### **2.3.3. Martins de Carvalho: Ministro da Saúde e Assistência.**

Como já observámos, Martins de Carvalho, desde a tomada de posse, trabalhou para a organização interna do novo ministério, para a sua coordenação com os restantes ministérios gestores de unidades e sistemas de saúde, para a acalmia do clima de desagrado suscitado pela classe médica... No início de 1960, o ministro redigiu um ponto da situação da sua actuação enquanto detentor daquela pasta governativa, e lançou um apelo aos portugueses, personalizando as dádivas decorrentes do Fundo de Socorro Social.

Publicado no *Boletim da Assistência Social*, o artigo assinado pelo ministro da Saúde e Assistência apontava o ano de 1959 como um período intenso de preparação de planos e programas. Nesse ano, tinha-se processado à organização elementar dos serviços, através do Decreto-Lei nº. 42210, bem como definido critérios que asseguravam a justiça redistributiva à divisão de verbas orçamentais pelas instituições, e um esforço em concluir ou adiantar as obras de construção ou reparação em curso. Martins de Carvalho previa, ainda, para breve, a publicação do novo *Estatuto da Saúde*

---

<sup>600</sup> Cf. MARTINS DE CARVALHO, Henrique – Mais e melhor: Em defesa da Grei: Um Apelo. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 139/140, Janeiro/Junho, 1960, p. 89-98.

<sup>601</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 43280. *Diário do Governo*, I Série. 252 (1960-10-29), p. 2352.

e Assistência e o delineamento de planos de higiene, profilaxia e prevenção preparados pela *Direcção-Geral de Saúde*<sup>602</sup>.

Ainda durante o ano de 1959, o *Ministério da Saúde* alegava ter procurado aumentar a rentabilidade dos investimentos assistenciais, pondo a funcionar os estabelecimentos e as unidades hospitalares já concluídas, como era o caso do *Hospital de Santa Maria* e do *Hospital de São João*, com todos os benefícios que resultavam para a população. Martins de Carvalho abordava, ainda, a realidade assistencial portuguesa numa perspectiva fatalista: por um lado, a existência de grandes necessidades, por outro, um grande esforço do Estado para lhes ocorrer, embora a impossibilidade deste as satisfazer por forma a eliminar as desigualdades existentes, “como em qualquer parte da humanidade”<sup>603</sup>. Por tal, e mantendo a doutrina oficial do Estado Novo, havia necessidade, segundo o ministro, de se chamar cada vez mais os particulares para o desempenho da parte que lhes competia.

Este ministro enérgico também deixaria obra feita no que dizia respeito à investigação. Em 1960, seria publicado o regulamento para a concessão de bolsas de estudo, através da *Direcção-Geral de Assistência*, com o objectivo de “estimular a cultura dos sectores de saúde e assistência, fomentar a investigação dos problemas que interessam ao Ministério e colaborar na formação e aperfeiçoamento do seu pessoal técnico e administrativo, com vista à maior eficiência dos Serviços”<sup>604</sup>. No *Boletim dos Serviços de Saúde Pública* podemos encontrar uma descrição das qualidades humanas e profissionais de Martins de Carvalho: “um homem cheio de personalidade, de uma inteligência lúcida, de alguém que possui notáveis qualidades de trabalho, metódico, justo, consciencioso, bem-intencionado, leal e franco”<sup>605</sup>.

Em 1960, Martins de Carvalho instituiu as denominadas “visitas de serviço”, visitas que o ministro fazia aos serviços, estabelecimentos e instituições do seu ministério. Se estas visitas começaram por ser realizadas por Martins de Carvalho, depressa seriam também alargadas aos directores-gerais, aos directores do Instituto coordenador e aos altos dirigentes do ministério. Martins de Carvalho considerava

---

<sup>602</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 43280, p. 90.

<sup>603</sup> Cf. MARTINS DE CARVALHO, Henrique – Mais e melhor: Em defesa da Grei: Um Apelo, p. 94.

<sup>604</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR n.º. 311/1 A (1960-08-25). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 141/142, Julho/Dezembro, 1960, p. 192-197.

<sup>605</sup> Cf. Ministério da Saúde e Assistência. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*, p.263.



importante abandonar a secretária e ir ao terreno, avaliar as verdadeiras necessidades dos serviços<sup>606</sup>.

Encontramos documentada a participação da delegação portuguesa na *XIII Assembleia Mundial de Saúde*, realizada em 1960, presidida pelo ministro, na sua fase inicial, posteriormente substituído pelo director-geral de saúde, Augusto Travassos. O nosso país absteve-se de intervir no debate geral “por este se haver afastado do domínio técnico e ter assumido lamentavelmente características políticas”<sup>607</sup>. Na respectiva assembleia, Portugal seria eleito para a comissão de designações, facto extremamente valorizado, pois tal comissão designava os cargos fundamentais da O.M.S. durante um ano. O auxílio técnico e financeiro daquela organização, previsto para 1961, abarcava o território europeu e as colónias. Analisaremos, contudo, os subsídios canalizados para o território continental do nosso país<sup>608</sup>.

As verbas libertadas pela O.M.S., visavam a formação de enfermeiras de saúde pública, a psiquiatria infantil, auxílio para a futura escola de saúde pública e para estudos diversos. No que era relativo à nova escola de saúde pública, seria inscrita uma verba pró-memória de 500 dólares e seria prometida a vinda, como consultor técnico, do director da escola congénere de São Paulo e de mais um ou dois professores escolhidos pela O.M.S. e pagos por esta. Seriam, também libertadas verbas para a luta contra o paludismo, elevando o total do auxílio directo da O.M.S. a Portugal face ao ano anterior<sup>609</sup>.

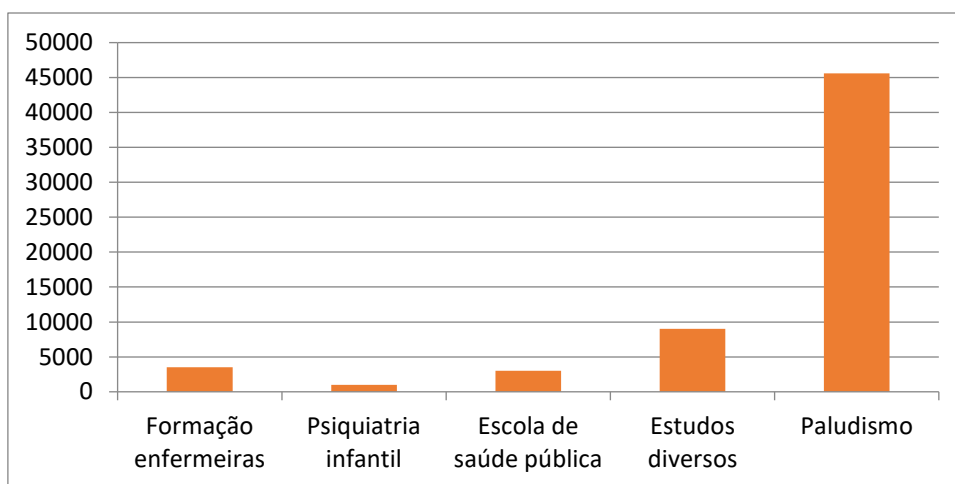
---

<sup>606</sup> Cf. Quem quer vai! In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 95, Maio, 1960, p. 37.

<sup>607</sup> Cf. Portugal na XIII Assembleia Mundial de Saúde. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 98, Agosto, 1960, p. 37-38.

<sup>608</sup> Ibidem, p. 38.

<sup>609</sup> Cf. Portugal na XIII Assembleia Mundial de Saúde, p. 37-38.



**Gráf. 5:** Verbas destinadas a Portugal pela O.M.S. para o ano de 1961 – em dólares [Fonte: *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 98, Agosto, 1960, p. 37-38]<sup>610</sup>.

Durante o ano de 1960, realizou-se em Madrid, por iniciativa de Martins de Carvalho, a 1ª Reunião Luso-Espanhola sobre problemas de saúde e assistência. Da parte portuguesa, seria o próprio ministro da saúde e assistência a presidir a delegação. Foram vários os temas abordados, sendo construídos acordos sobre a erradicação do paludismo, a adopção de medidas contra a lepra, contra a raiva e outras zoonoses, o combate às doenças venéreas nas regiões fronteiriças, a conciliação de meios de protecção dos marinheiros dos dois países nos portos peninsulares e o estabelecimentos de acordos relativos ao regulamento sanitário internacional<sup>611</sup>.

Apostado em melhor conhecer o terreno que pisava, após ter escutado uma comunicação de Cristiano Nina, director do *Dispensário de Higiene Social de Lisboa*, Martins de Carvalho encomendaria um estudo sobre a saúde, a assistência e a previdência social em Portugal. Amadeu Lobo da Costa seria o autor do estudo que tinha como objectivo comprovar as hipóteses lançadas por Cristiano Nina. O director do *Dispensário de Higiene Social* considerava que o nosso país afectava ao seu esquema de saúde, assistência e previdência verbas, não excessivas, mas importantes, com

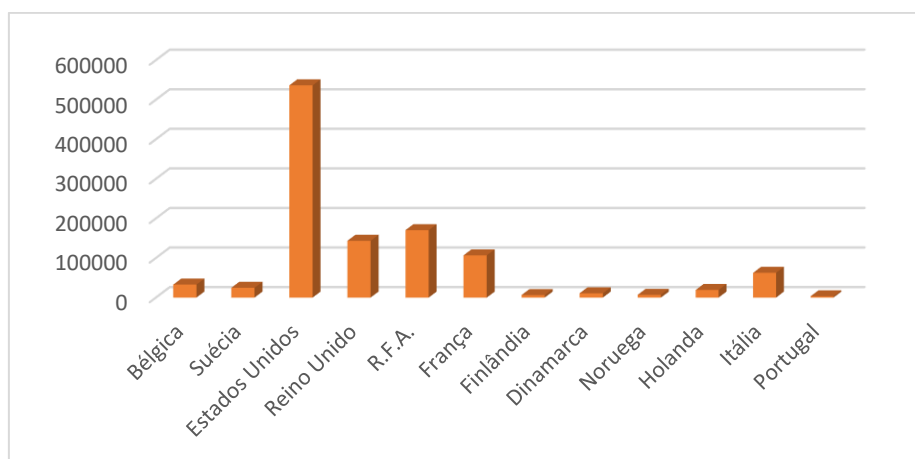
<sup>610</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>611</sup> Cf. 1ª Reunião Luso-Espanhola sobre problemas de saúde e assistência. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. VII, nº. 4, Outubro/Dezembro 1960, p. 480-488.

resultados modestos para tal esforço económico. O médico apontava, ainda, que o baixo rendimento dos serviços era devido a uma falta de coordenação dos mesmos<sup>612</sup>.

Comparando a situação portuguesa com vários países europeus e da América do Norte, entre 1949 e 1954, Lobo da Costa chegaria a múltiplas conclusões. É interessante verificar que o médico não utilizaria, como termo de comparação, os países ligados ao bloco comunista, nomeadamente a R.D.A., a Rússia, a Grécia e a Bulgária... Recearia que estes países apresentassem indicadores superiores aos portugueses?

No que era relativo à segurança social (seguros sociais, saúde pública e assistência), as verbas impostas pelo Estado português eram apreciavelmente inferiores às que se destinavam ao mesmo fim, nos outros países. Na verdade, o médico concluía que as receitas afectas por Portugal aos seus serviços de segurança social eram, de tal forma, modestas que era imprudente esperar-se encontrar realizada uma cobertura medico-social comparável à existente nos restantes países<sup>613</sup>.



**Gráf. 6:** Receitas da Segurança Social em diversos países, em 1954, segundo o estudo de Amadeu Lobo da Costa – em milhares de contos [Fonte: *Boletim da Assistência Social*, nº. 141/142, Julho/Dezembro, 1960, p. 25-27]<sup>614</sup>.

Posto isto, Amadeu Lobo da Costa concluía que a situação financeira da segurança social, em Portugal, não era “brilhante”, se tivesse como objectivo realizar uma cobertura social, semelhante à existente em outros países. Da mesma forma, observava

<sup>612</sup> Cf. LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 141/142, Julho/Dezembro, 1960, p. 25-27.

<sup>613</sup> IDEM - Ibidem, p. 41.

<sup>614</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

que os seguros sociais portugueses apresentavam-se “relativamente pior colocados” no panorama internacional que esboçava<sup>615</sup>. Na sua opinião, parecia, pois, legítimo admitir que era possível um maior esforço português a favor de uma maior eficiência dos serviços de segurança social. Por isso, o médico apontava o exemplo da “próspera Alemanha”. Se conseguíssemos igualar aquele país, que afectava mais de 20% do rendimento nacional à segurança social, acreditava o autor, as receitas portuguesas, a este nível, poderiam triplicar, “o que não poderia deixar de se traduzir numa apreciável melhoria da Saúde e Bem-Estar da Nação Portuguesa e do seu Povo”<sup>616</sup>.

Quanto aos modestos resultados obtidos em matéria de saúde, assistência e previdência, o médico apontava a escassez de publicações sobre problemas sanitários e a falta de índices de morbilidade, mais importantes do que os de mortalidade. Em suma, Amadeu Lobo da Costa resumia uma impressão desfavorável, de um Portugal insalubre, “de uma Nação mal assistida na doença, com um número elevado de óbitos verificados no meio rural, sem a presença do médico, de um povo empobrecido por uma das mais elevadas taxas de mortalidade infantil europeias”<sup>617</sup>.

O autor referenciava os índices sanitários portugueses, nomeadamente os problemas da salubridade e da mortalidade, concluindo pela existência de baixo nível sanitário geral da Nação, por ter partido de um nível extremamente baixo e “os melhores resultados apresentam-se muito obscurecidos quando comparados com os da restante Europa Ocidental”<sup>618</sup>. Lobo da Costa, concluía, ainda, que o nosso país não podia orgulhar-se de um nível sanitário muito elevado. Contudo, se os países mais ricos nos excediam no “Bem-Estar”, muitos existiam cuja situação era manifestamente pior, sublinhava o autor. Esta “mediania” da situação portuguesa devia-se, segundo o médico, a múltiplos factores, de entre os quais sobressaía a insuficiência de investimentos financeiros e a falta de coordenação interna ou externa dos serviços sanitários ou da previdência<sup>619</sup>.

Se, por um lado, o novo ministro começava a consciencializar-se da verdadeira situação do país em matéria de saúde, assistência e previdência, novas perspectivas

---

<sup>615</sup> Cf. LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social, p. 42.

<sup>616</sup> IDEM - Ibidem, p. 53.

<sup>617</sup> Cf. LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social (cont.). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 143/144, Janeiro/Junho, 1961, p. 25.

<sup>618</sup> IDEM - Ibidem, p. 34.

<sup>619</sup> IDEM – Ibidem, p. 45.

começavam, também, a nascer em vários sectores do elenco governativo, como seria o caso da *Câmara Corporativa*. No Parecer 39/VII, respeitante à reforma da previdência social, a *Câmara Corporativa* continuava a concordar com a função supletiva do Estado em relação aos particulares. Contudo, o mesmo órgão considerava claramente que “em determinados sectores a posição do Estado tem de ser dominante – na defesa da saúde pública (profilaxia e luta contra a tuberculose, sezonismo, cancro, doenças infecciosas, doenças e anomalias mentais), pelo seu superior interesse público. Esses serviços deviam, na sua opinião, ser oficiais, dirigindo-se à generalidade dos indivíduos, independentemente da sua condição económica ou social, numa aplicação legal do princípio da universalidade<sup>620</sup>.”

Por seu turno, em entrevista ao Jornal *O Médico*, Martins de Carvalho, respondendo a uma questão sobre a suficiência da verba atribuída, em 1960, ao *Ministério da Saúde e Assistência*, evidenciava que “o Estado não pode fazer tudo, nem aqui nem nos países de nível semelhante ao nosso, nem mesmo em parte alguma. Haverá sempre que interessar os particulares”<sup>621</sup>. Nesse sentido, o ministro parecia não querer aventurar-se em novos desafios doutrinários. Quando questionado se a acção assistencial do Estado devia ser predominantemente supletiva ou assegurar quase todas as necessidades do país, respondeu vagamente, considerando ser possível uma acção coordenada de meios “sem ser por intermédio do Estado ou sob o seu controlo directo”<sup>622</sup>. Interrogado sobre um possível alargamento da assistência médico-social gratuita, através de organismos assistenciais ou da previdência, o ministro excusou-se a responder, pois a matéria excedia a competência do seu ministério.

Martins de Carvalho, nessa entrevista, referiu, ainda os projectos e assuntos mais importantes, nos quais o seu ministério estava a trabalhar, nomeadamente o novo *Estatuto da Saúde e Assistência*, a lei orgânica do ministério, a conclusão do projecto de lei para a criação da *Escola Nacional de Saúde Pública*, o *Plano de Saúde Mental* e a nova *Lei Hospitalar*. Abordou, também, as maiores dificuldades com que se havia deparado enquanto ministro, nomeadamente o facto de aquele ministério haver sido

---

<sup>620</sup> Cf. PARECER n.º. 39/VIII: REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Actas da Câmara Corporativa*. 128 (1961-04-06), p. 1255-1256.

<sup>621</sup> Cf. O Plano de Sanidade Mental e a Nova Lei Hospitalar: A obra do Ministério da Saúde e Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 143/144, Janeiro/Junho, 1961, p. 231.

<sup>622</sup> Ibidem, p. 235.

criado apenas por um artigo de lei, a falta de técnicos e, sobretudo, a falta de meios materiais<sup>623</sup>.

Em artigo publicado na revista *Hospitais Portugueses*, encontramos referência de que o diploma que havia criado o *Ministério da Saúde e Assistência*, tinha sido extremamente ansiado e cercado de muitas esperanças. Contudo um decreto-lei não era capaz, por si só, de transformar o mal em bem, “as carências em abundância, a improvisação em organização”<sup>624</sup>. Os dois primeiros anos de actuação do ministério foram considerados, pelo articulista, como um “período de noviciado cauteloso”<sup>625</sup>, que havia sido concluído com sucesso, malgrado os fracos recursos colocados à sua disposição. Como principal balanço das medidas produzidas, salientaram-se as seguintes: disciplina burocrática e do uso das verbas orçamentais, revisão da política junto da O.M.S., utilização sistemática dos Conselhos Coordenador e Superior de Higiene e Assistência, o impulso dado às medidas gerais de prevenção sanitária e social e a constituição de número extraordinário de comissões e grupos de estudo, as novas campanhas do Socorro Social, o projecto da *Escola Nacional de Saúde Pública* e o suscitar da iniciativa privada.

No campo hospitalar, o artigo sublinhava, como principais medidas, a abertura de alguns milhares de camas até então inactivas, a criação de comissões inter-hospitalares, o aproveitamento de todos os meios existentes, o contacto directo pela primeira vez estabelecido entre os serviços centrais e os hospitais, o método introduzido no trabalho de coordenação. Contudo, era assinalada a importância do ministério na criação de uma “consciência assistencial equilibrada e esclarecida” no país: “se havia inquietações confusas, tentou-se ordená-las; se havia reivindicações, chamaram-se à colaboração; se havia propostas concretas, estudaram-se; os problemas levaram-se íntegros ao conhecimento do público; as dificuldades não foram ocultadas nem artificialmente ampliadas; para todas as queixas houve resposta; para todas as dúvidas, um esclarecimento”<sup>626</sup>.

---

<sup>623</sup> Cf. O Plano de Sanidade Mental e a Nova Lei Hospitalar: A obra do Ministério da Saúde e Assistência, p. 237.

<sup>624</sup> Cf. Dois anos. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 98, Agosto 1960, p. 37.

<sup>625</sup> Ibidem, p. 37.

<sup>626</sup> Ibidem, p. 37.

### 2.3.4. O Novo *Estatuto da Saúde e Assistência*

Um dos legados de Martins de Carvalho e da sua equipa seria a redacção do novo *Estatuto da Saúde e Assistência*. O projecto de lei iniciaria a sua discussão, na *Câmara Corporativa*, em 1961. Do ponto de vista doutrinário, este documento exarado por aquele órgão consultivo demonstrava uma clara evolução no sentido da intervenção do Estado nesta área. Se, por um lado, demonstrava confiar na iniciativa privada para a execução geral dos planos por si traçados, o Estado via-se obrigado a criar os serviços de saúde e assistência que se tornassem indispensáveis. Isto porque “não podendo as iniciativas particulares suportar os encargos resultantes”<sup>627</sup> da evolução das ciências e das técnicas, das convenções internacionais assinadas pelo Estado, dos custos dos meios de diagnóstico e terapêutica e o volume de investimentos, cabia ao Estado “a iniciativa da criação dos serviços de saúde e assistência que se tornarem indispensáveis”<sup>628</sup>.

Contudo, tal não significava que o Estado passaria a contrariar a iniciativa privada, continuando, na verdade, a estimular o seu desenvolvimento. No entanto, conforme defendia a *Câmara Corporativa*, era necessário “estabelecer planos de conjunto em que a acção do Estado seja completada e vivificada pela iniciativa privada, atribuindo-se a esta um papel compatível com as suas possibilidades”<sup>629</sup>. Esta declaração prova, pois, uma completa alteração do papel do Estado e dos particulares ao nível da saúde e da assistência.

Se até aqui o papel do Estado era considerado supletivo dos particulares, o que aqui encontramos é exactamente o contrário: eram os particulares que passavam a assumir uma acção supletiva ao Estado. É uma alteração quase subliminar, mesmo quando a *Câmara Corporativa* assumia não existir nada a rever neste aspecto, tudo estava alterado neste Parecer. É interessante, ainda, observar que o relator deste diploma seria Trigo de Negreiros, o principal ideólogo da política assistencialista do Estado Novo que, agora, assinava um documento que parecia alterar os fundamentos da sua doutrina.

---

<sup>627</sup> Cf. PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA. *Actas da Câmara Corporativa*. 133 (1961-05-24), p. 1383.

<sup>628</sup> Ibidem, p. 1385.

<sup>629</sup> Ibidem, p. 1383.

Segundo este Parecer, a política que o Estado havia seguido nos últimos anos nada tinha de supletiva, devido à pressão das necessidades, levando à criação de novos serviços e à atribuição de subsídios canalizados para o sector da saúde e da assistência. Simplesmente, concluía este órgão consultivo, tal posição estatal “francamente activa e não supletiva, em nada prejudicou o princípio que ele deve dar à iniciativa privada a maior liberdade de acção em tudo o que respeita à assistência”<sup>630</sup>. Estado e particulares deviam, pois, conjugar esforços no combate à doença.

Este aspecto centrava-se na defesa de que o Estado estava em melhores condições para equacionar os problemas da doença e da miséria num plano de conjunto. A intervenção do Estado, como consequência da aspiração colectiva à segurança e ao bem-estar, aumentava de ano para ano em todos os países, sendo esta uma preocupação dominante na sociedade. Este documento cita, mesmo, Disraeli, quando defendia que ao Estado cabia a saúde pública, considerando-a o fundamento em que assentava a “felicidade do povo e o poder do Estado”<sup>631</sup>.

Contudo, se este Parecer guardava um papel relevante para o Estado, não punha de parte, como já observámos, as iniciativas particulares, nem tão pouco a caridade. O documento consignava o princípio de liberdade individual de beneficência, concordando que a Igreja estimulasse o cumprimento do dever religioso e moral da caridade<sup>632</sup>.

Mas, se o Parecer da *Câmara Corporativa*, em termos doutrinários parecia inovador, o mesmo não se poderá dizer do texto legislativo correspondente. O *Estatuto da Saúde e Assistência* mantinha, doutrinariamente, os princípios tradicionais no que era concernente ao papel do Estado neste âmbito: um Estado orientador, coordenador, fiscalizador, fomentador da iniciativa privada e, acima de tudo, executor de “uma acção meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares, que deverá favorecer”<sup>633</sup>. Um Estado que guardava uma base distinta deste *Estatuto* para fazer a apologia da caridade ou beneficência livre (Base IV). Em termos doutrinários, nada parecia ter-se alterado.

Correia de Campos e Jorge Simões concordam que o *Estatuto da Saúde e Assistência* manteve o papel supletivo do Estado ao nível da saúde, mas com a

---

<sup>630</sup> Cf. PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1386.

<sup>631</sup> Ibidem, p. 1386.

<sup>632</sup> Ibidem, p. 1389.

<sup>633</sup> Cf. LEI n.º. 2120. *Diário do Governo, I Série*. 169 (1963-07-19), p. 969.



obrigação de comparticipação na instalação e funcionamento dos estabelecimentos de saúde<sup>634</sup>. Cabia ao Estado, ao nível do financiamento da saúde e da assistência, criar, construir, apetrechar os estabelecimentos oficiais, e prover à manutenção dos serviços. Cumpria, ainda, ao governo comparticipar na construção, remodelação e apetrechamento dos estabelecimentos particulares e na manutenção dos serviços que não pudessem ser suportados por outros recursos<sup>635</sup>. Estas atribuições do Estado sugeriam, pois, uma continuidade doutrinal, mas uma alteração prática. Apesar da doutrina da supletividade, a realidade era diametralmente oposta. Ao Estado cabia o financiamento dos serviços oficiais, mas também dos particulares que não fossem capazes de suportar os elevados encargos sanitários e assistenciais, isto é, a grande maioria deles. Nesse sentido, por força de uma cada vez maior centralidade do Estado nesta matéria, era a iniciativa privada que começava a tornar-se supletiva do Estado. Como o Estado não se impôs ao problema, acabaria o problema por se impor ao Estado.

O Parecer da *Câmara Corporativa* explicitava os objectivos da política de saúde e assistência, realizada pelo combate à doença, pela promoção do bem-estar dos indivíduos, pela melhoria das condições de ordem moral, social, económica e sanitária dos seus agrupamentos naturais. Ressalvando o maior respeito pela pessoa humana, este Parecer da *Câmara Corporativa* deixava claro, se dúvidas houvesse, que “o homem não é mera peça de engrenagem na poderosa máquina do Estado, sem vontade, iniciativa e responsabilidade individual e própria. Não. Sujeito de direitos inalienáveis, jamais poderá ser considerado como objecto de ideologia totalitária”<sup>636</sup>. Não o considerando um autómato, o homem tinha a obrigação de, através do seu trabalho, satisfazer as necessidades da sua família e, “pela propriedade individual ou pela poupança, assegurar na medida do possível, a sua própria previdência”<sup>637</sup>.

Por seu turno, o *Estatuto da Saúde e Assistência* sublinhava a natureza unitária da pessoa humana e a necessidade de respeitar a sua dignidade e integridade moral. Exaltava a missão familiar, como meio adequado à vida e ao desenvolvimento do homem, o principal responsável pelo bem-estar dos seus membros. Este documento

---

<sup>634</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge – Introdução. In Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge [coord.] – *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina, 2014, p. 31; Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge – *O Percorso da Saúde: Portugal na Europa*, p. 118.

<sup>635</sup> Cf. LEI n.º. 2120, p. 972.

<sup>636</sup> Cf. PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1382.

<sup>637</sup> Ibidem, p. 1383.

sublinhava, ainda, a necessidade de formação moral, social, cívica e sanitária dos indivíduos, exaltando o trabalho como dever e base de sustentação e dignificação do homem<sup>638</sup>.

Tanto a *Câmara Corporativa* quanto os legisladores davam preferência às actividades preventivas e recuperadoras sobre as meramente curativas. As entidades prestadoras de cuidados de saúde e assistência poderiam ser consideradas públicas ou privadas. Estas últimas poderiam revestir a forma de associações ou fundações, possuindo regime especial as misericórdias, “cuja tradicional essência católica e actividade multivalente devem ser mantidas”<sup>639</sup>.

Segundo o Estatuto, pela primeira vez eram delineadas as actividades abrangidas pela designação de “Saúde e Assistência”: as actividades de saúde pública (higiene e medicina preventiva), as actividades de medicina curativa e recuperadora e as actividades de assistência. Das actividades de assistência constava a tutela social dos necessitados e assistidos, que compreendia a orientação e a defesa dos abandonados e desprotegidos e, essencialmente, a prestação obrigatória de cuidados de saúde e assistência a esta população.

O *Estatuto da Saúde e Assistência* definia, também, as atribuições do *Ministério da Saúde e Assistência*. Assegurar o exercício das atribuições do Estado nesta área, indicar a orientação técnica a seguir na actividade dos serviços de saúde, dependentes e não dependentes do ministério, e executar as directrizes estabelecidas pelas comissões interministeriais, evitando sobreposição de actividades, eram as principais funções desta nova pasta. Competia, ainda, ao novo ministério, a autorização para a abertura e o funcionamento de hospitais e outros estabelecimentos de saúde, bem como a aprovação de obras de construção, ampliação ou remodelação de edifícios do mesmo teor. Junto do Gabinete do Ministro, passaria a funcionar o Conselho Superior de Saúde e Assistência, com funções consultivas. O mesmo diploma ditava que o I.P.O. transitava para o *Ministério da Saúde e Assistência*, continuando dependente, ao nível da investigação científica e funções pedagógicas, do *Ministério da Educação Nacional*<sup>640</sup>.

---

<sup>638</sup> Cf. LEI n.º 2120, p. 969.

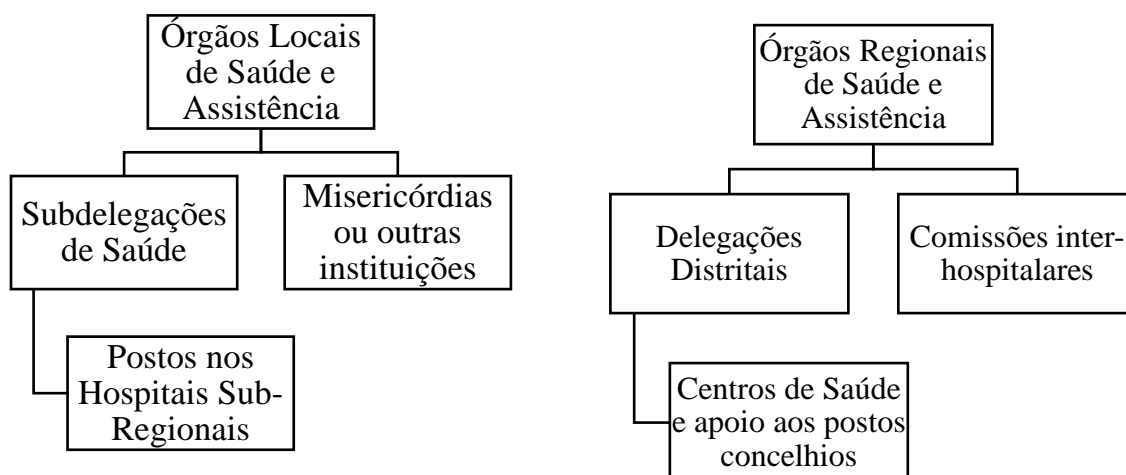
<sup>639</sup> Ibidem, p. 969.

<sup>640</sup> Ibidem, p. 971.

Saúde Pública	Medicina Curativa e Recuperadora	Assistência
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação Sanitária;</li> <li>• Saneamento;</li> <li>• Higiene materno-infantil, escolar, da alimentação e trabalho;</li> <li>• Higiene Mental</li> <li>• Profilaxia de doenças transmissíveis e sociais;</li> <li>• Defesa sanitária das fronteiras;</li> <li>• Hidrologia Médica;</li> <li>• Fiscalização dos Medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina com fins curativos e de recuperação (domiciliária, ambulatória ou hospitalar);</li> <li>• Acção medico-social com fins pedagógicos e de investigação científica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência à família, à maternidade, à infância, aos menores, aos velhos e aos inválidos;</li> <li>• Acção educativa visando a valorização pessoal e social dos indivíduos;</li> <li>• Educação e reabilitação dos deficientes físicos ou psíquicos;</li> <li>• Luta contra a mendicância, alcoolismo, prostituição;</li> <li>• Socorro em caso de sinistro;</li> <li>• Tutela social dos necessitados e assistidos.</li> </ul>

**Tab. 8:** Actividades de Saúde e Assistência, segundo a Lei nº. 2120 (1963).

A mesma legislação dividia, ainda, os órgãos sanitários em órgãos regionais de saúde e assistência e órgãos locais de saúde e assistência, segundo o esquema abaixo indicado. Sempre que possível e necessários, passariam a funcionar, também, postos de saúde e assistência nas freguesias, mediante acordo com as instituições particulares ou públicas já existentes.



**Org. 18:** Composição dos Órgãos Regionais e Locais de Saúde e Assistência, de acordo com a Lei nº. 2120 (1963).

### **2.3.5. O Legado de Martins de Carvalho. O Breve Mandato de Pedro Soares Martinez.**

Em entrevista a Gonçalves Ferreira, Martins de Carvalho dividiu os quatro anos da sua actividade, enquanto ministro da Saúde e Assistência, em três períodos distintos. O primeiro período de um ano, que deveria corresponder ao ano de 1959, foi, no seu entender, de um vazio legislativo, onde conseguiu organizar o ministério sob severo controlo orçamental e levar a efeito tudo quanto havia proposto. Durante esse período, percebeu que Salazar não tinha grande interesse que o novo ministério procurasse actuar nos problemas essenciais do sector, não lhe convindo que perturbasse a política económica, sua favorita<sup>641</sup>.

Uma segunda fase, com uma duração de 18 meses, provavelmente durante todo o ano de 1960 e a primeira fase de 1961, foi de fraca colaboração governativa. Martins de Carvalho não se dispunha a ficar pelo despacho diário e encetou um conjunto de estudos e propostas de reformas que lhe pareciam fundamentais. Contudo, todo este trabalho não encontrava apoio junto do presidente do Conselho, ficando vários documentos retidos em diversos departamentos do Estado, sem qualquer andamento. Segundo o ministro foi necessária grande persistência de sua parte para a publicação do *Estatuto da Saúde e Assistência* e da *Lei da Saúde Mental*. Contudo, em 1961, 31 diplomas estavam preparados e a ser ultimados: criação da *Escola Nacional de Saúde Pública*, lei da propriedade da farmácia, lei hospitalar, lei sobre serviços social, lei de luta contra a lepra, ensino e exercício de enfermagem, exercício da odontologia, prevenção da silicose, situação jurídico-administrativa do I.P.O., defesa sanitária dos portos, regulamento da farmácia hospitalar, organização e ensino dos cursos técnicos auxiliares de medicina<sup>642</sup>.

O terceiro período decorreu até ao fim do exercício de funções do ministro, em Novembro de 1962, e pautou-se pelo bloqueio da sua actuação. Martins de Carvalho era apenas autorizado a assegurar o despacho corrente e a resolver problemas

---

<sup>641</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 355.

<sup>642</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 357.

administrativos<sup>643</sup>. Descontente e frustrado, o ministro aceitou um conflito político que teria como consequências a sua libertação do cargo, que já não o satisfazia. Em depoimento a Gonçalves Ferreira, o antigo ministro não especificou com pormenor os motivos da sua ruptura com a política sanitária e assistencial de Salazar, mas a questão do bloqueio às reformas que se impunham parece ter sido crucial.

Contudo, podemos observar, na revista *Hospitais Portugueses*, um artigo onde se observava o balanço da actuação do ministério, no início do ano de 1962. Nele, podemos constatar que a primeira fase de actuação deste órgão seria de “arrumação”, quando os problemas suscitados encontravam-se “equacionados e grande parte praticamente resolvidos”. O ministério estava, então, a entrar na segunda fase, a fase de “expansão”<sup>644</sup>.

Note-se que, a 9 de Dezembro de 1960, o governo concedia a Martins de Carvalho a exoneração do cargo, por si reclamada, para se ausentar temporariamente. Observe-se no texto legislativo a menção ao zelo do seu exercício, bem como à inteligência e patriotismo com que o desempenhou<sup>645</sup>. Contudo, esta exoneração apenas duraria 5 dias, pois a 14 de Dezembro, seria novamente reconduzido no cargo, “terminado o impedimento [...] no Ministério dos Negócios Estrangeiros”<sup>646</sup>. A exoneração do cargo seria dada dois anos depois, a 4 de Dezembro de 1962, pelo Decreto n.º 44753<sup>647</sup>.

No resumo do seu mandato enquanto ministro da Saúde e Assistência, o editorial da revista *Hospitais Portugueses* considerou que Martins de Carvalho havia lançado as bases do ministério “e o habituou a um trabalho científico e vivo”<sup>648</sup>. O ministro cessante também deixaria algumas palavras finais, sublinhando ter assumido um cargo que não solicitara, mas que abandonara com a sensação de dever cumprido. Terminava a sua exposição com uma referência especial “ao modo cordial como decorreram as

---

<sup>643</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 357.

<sup>644</sup> Cf. Evolução. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, n.º. 116-117, Fevereiro-Março, 1962, p. 63.

<sup>645</sup> Cf. DECRETO n.º 43388. *Diário do Governo, I Série*. 284 (1960-12-09), p. 2729.

<sup>646</sup> Cf. DECRETO n.º 43395. *Diário do Governo, I Série*. 288 (1960-12-14), p. 2745.

<sup>647</sup> Cf. DECRETO n.º 44753. *Diário do Governo, I Série*. 278 (1962-12-04), p. 1622.

<sup>648</sup> Cf. Editorial. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, n.º. 125-126, Novembro-Dezembro, 1962, p. 2.

relações deste [ministério] com a classe médica, os seus órgãos de Imprensa e as respectivas associações científicas e profissionais”<sup>649</sup>.

Nesse mesmo dia, seria nomeado Pedro Soares Martinez<sup>650</sup> para ministro da Saúde e Assistência<sup>651</sup>. Mais uma vez, a classe médica seria arredada do cenário político da saúde, nomeado que estava mais um homem sem qualquer ligação ao meio, versado essencialmente na área económico-jurídica e, curiosamente, também ex-funcionário do *Ministério dos Negócios Estrangeiros* e amigo pessoal de Martins de Carvalho. Não surpreende, pois, que a classe médica não houvesse apreciado a sua nomeação, conforme nos garante Gonçalves Ferreira<sup>652</sup>.

No discurso da sua tomada de posse, Pedro Soares Martinez declarava o seu desejo de concluir com brevidade este novo cargo, para continuar a sua carreira de universitário. Sem ilusões, o novo ministro não oferecia quaisquer garantias que não assentassem nos seus hábitos de estudo e trabalho. Não queria criar um ambiente, ao seu redor, de expectativa agradável, nem apresentaria qualquer plano de acção futura, que mais não fosse dar continuidade aos trabalhos iniciados pelo executivo anterior. Da mesma forma, mostrava-se alinhado com a ideologia da supletividade do Estado em matéria de saúde e assistência, quando afirmava ter como funções “concentrar no Estado as funções de assistência, as quais de harmonia com a doutrina que informa a estrutura política da Nação Portuguesa, só supletivamente lhe cabem”<sup>653</sup>.

Na verdade, o seu mandato duraria apenas 10 meses, durante os quais seria publicada legislação extremamente importante, como o *Estatuto da Saúde e Assistência*

---

<sup>649</sup> Cf. A palavra do ministro cessante. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, nº. 125-126, Novembro-Dezembro, 1962, p. 8.

<sup>650</sup> **Pedro Mário Soares Martinez (1925)**: licenciado em ciências jurídicas pela *Faculdade de Direito de Lisboa* (1947), e em ciências político-económicas pela mesma Faculdade (1950). Foi funcionário dos quadros diplomáticos do *Ministério dos Negócios Estrangeiros*, entre 1948 e 1956. Em 1958, tornou-se professor catedrático de Ciências Jurídico-Económicas da *Faculdade de Direito de Lisboa*. Foi membro da Comissão de Reforma Fiscal, entre 1954 e 1962. Foi procurador à *Câmara Corporativa* por designação do Conselho Corporativo (1961-1969), e vogal do Conselho da Presidência da mesma *Câmara* (1963-1969). Foi ministro da Saúde e Assistência, entre 1962 e 1963, representando Portugal na Assembleia-Geral da O.M.S., em Genebra e em Estocolmo. No decurso das suas funções nomeou a primeira mulher que ocuparia o cargo de Directora-Geral de Saúde, Maria Luísa Van Zeller. Cf. Docente: Pedro Mário Soares Martinez. In *Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa*. [Em linha], [cons. 24 Abril 2015]. Disponível em WWW: <http://www.fd.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptplpopup.asp?sspageid=3013&lang=1&docenteid=149900288>

<sup>651</sup> Cf. DECRETO nº. 44756. *Diário do Governo, I Série*. 278 (1962-12-04), p. 1622

<sup>652</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 358.

<sup>653</sup> Cf. A palavra do novo ministro. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, nº. 125-126, Novembro-Dezembro, 1962, p. 7-8.

ou a *Lei da Saúde Mental*, mas referente ao trabalho desenvolvido no mandato anterior, liderado por Martins de Carvalho.

Gonçalves Ferreira adianta-nos que as actividades que desenvolveu no ministério foram de “disciplina e incitação a mais zelo executivo e mais economias por parte dos responsáveis pelos serviços”<sup>654</sup>. O mesmo autor revela-nos que o seu mandato não se pautou em inovações em políticas de saúde, nem na implementação de novas técnicas administrativas. A sua actuação mais marcante parece ter sido a defesa, junto da O.M.S., da posição de Portugal e dos seus serviços de saúde, no continente e no Ultramar, em documento enviado à Assembleia Geral daquela organização, em 1963<sup>655</sup>.

Tal documento é um relato demagógico, centrado essencialmente na assistência sanitária nas “províncias portuguesas de além-mar”, pautadas “pelo seu desenvolvimento económico e social”<sup>656</sup>, onde existiam hospitais bem instalados, modernos, nos quais as populações tinham extrema confiança, onde não existia qualquer discriminação racial e com pessoal sanitário autóctone. O autor sublinhava, ainda, a importância histórica da actuação sanitária de Portugal nos territórios ultramarinos, desde a Idade Média, pátria com “tradições de caridade”, observando-se que a vertente caritativa estava, ainda, bem presente no discurso do regime.

A 15 de Outubro de 1963, Pedro Soares Martinez era exonerado, a seu pedido, do cargo de ministro da Saúde e Assistência<sup>657</sup>. Podemos, pois, resumir o mandato de dez meses de Pedro Soares Martinez enquanto ministro da Saúde e Assistência, como de uma maior austeridade no orçamento dos serviços, numa promulgação de importante legislação sanitária e na defesa da política sanitária portuguesa junto à Assembleia Geral da O.M.S.

No mesmo dia, o presidente do Conselho nomeava interinamente Alfredo Rodrigues dos Santos Júnior<sup>658</sup>, ministro do Interior, para a pasta da Saúde e

---

<sup>654</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 358.

<sup>655</sup> IDEM – *Ibidem*, p. 358.

<sup>656</sup> IDEM – *Ibidem*, p. 358.

<sup>657</sup> Cf. DECRETO nº. 45306. *Diário do Governo, I Série*. 242 (1963-10-15), p. 1627.

<sup>658</sup> **Alfredo Rodrigues dos Santos Júnior (1908-1990)**: médico. Licenciado em medicina e cirurgia pela *Universidade de Coimbra*, exercia medicina no *Hospital de Gouveia* e foi director do posto médico da *Caixa de Previdência dos Lanifícios de Gouveia*. Católico, membro do C.A.D.C., foi presidente da *Câmara Municipal de Gouveia* (1946-1959), presidente da comissão distrital da *União Nacional* da Guarda (1952-1960), Governador Civil da Guarda (1959-1961), e ministro do Interior (1961-1968). Cf. COSTA PINTO, António; BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009. vol. II, p. 67.

Assistência<sup>659</sup>. Na verdade, ainda que interinamente e durante pouco mais do que um mês, este seria o primeiro médico a ascender a ministro da Saúde e da Assistência. A 23 de Novembro de 1963, após 38 dias de mandato, seria exonerado do seu cargo, sob proposta do presidente do Conselho<sup>660</sup>. No mesmo dia, também sob proposta do presidente do Conselho, seria nomeado para o cargo de ministro da Saúde e Assistência, Francisco Pereira Neto de Carvalho<sup>661</sup>.

A revista *Hospitais Portugueses* noticiava o momento da tomada de posse do novo ministro, ressaltando “a hora particularmente difícil e bela” daquela nomeação. Segundo o mesmo órgão, o ministério teria vivido um período de confusa incerteza que, “por algum tempo o há-de afectar ainda”<sup>662</sup>. Estavam, ainda, por resolver um conjunto de problemas, nomeadamente a regulamentação do *Estatuto da Saúde e Assistência*, a situação financeira dos hospitais centrais, a ligação com a previdência, com as câmaras municipais e com a A.D.S.E.

Neto de Carvalho, no discurso da sua tomada de posse, considerava o *Ministério da Saúde e Assistência* enquanto um ministério predominantemente social, onde seria possível trabalhar apaixonadamente. Salientando a importância do trabalho de equipa, do saber escutar os interessados, o novo ministro mostrava abertura a todas as possíveis formas de trabalho, na relação com os restantes ministérios e entidades privadas<sup>663</sup>.

Do ponto de vista doutrinário há, ainda, que fazer menção ao Parecer nº. 5/VIII da *Câmara Corporativa*, relativo à implementação da *Escola Nacional de Saúde Pública*. Nele, podemos observar uma longa reflexão sobre a prática da medicina social, desde sempre acarinhada pelo regime. A “medicina social” era entendida como visando a prevenção e o tratamento das modificações do estado de saúde do homem, provocada por factores sociais. Num sentido mais lato, incluía também as relações entre a medicina e a sociedade, em especial as consequências sociais da doença para os indivíduos e para

---

<sup>659</sup> Cf. DECRETO nº. 45307. *Diário do Governo*, I Série. 242 (1963-10-15), p. 1628.

<sup>660</sup> Cf. DECRETO nº. 45379. *Diário do Governo*, I Série. 275 (1963-11-23), p. 1732.

<sup>661</sup> Cf. DECRETO nº. 45380. *Diário do Governo*, I Série. 275 (1963-11-23), p. 1732.

<sup>662</sup> Cf. Novas esperanças. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XV, nº. 137-138, Novembro-Dezembro, 1963, p. 9.

<sup>663</sup> Cf. A palavra do novo ministro. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XV, nº. 137-138, Novembro-Dezembro, 1963, p. 9-11.



as famílias. Nesse sentido, ao médico cabia também uma responsabilidade ao nível do bem-estar social<sup>664</sup>.

A *Câmara Corporativa* considerava fazer sentido a separação entre medicina curativa e medicina preventiva e social. Isto, porque se havia médicos que possuíam esta “dupla função”, existiam, da mesma forma, especialistas dedicados exclusivamente à medicina curativa e outros, que nos postos de chefia, realizavam apenas tarefas administrativas. A “medicina social” tinha de seguir o homem na “família, na oficina e na escola”<sup>665</sup>. A par da medicina social, observava-se também, por parte desta Câmara, uma preocupação com a sua humanização, combatendo categoricamente a medicina despersonalizada.

A intervenção do Estado na área da saúde, segundo aquele órgão consultivo, não deveria limitar-se à medicina preventiva, dizendo-lhe também respeito a medicina curativa. Promover a saúde, prevenir a doença, curar os doentes, readaptar os deficientes eram os elos de uma cadeia que visavam proporcionar valores positivos para uma economia nacional. Nesse sentido, grande ênfase seria dada à educação sanitária das populações, que correspondia a um conjunto de métodos e de processos destinados a incitar o público a conservar e a melhorar a sua saúde. A instituição da *Escola Nacional de Saúde Pública* era, pois, mais um passo em frente, para formar profissionais capazes de, utilizando tais métodos, melhorar o nível sanitário das populações<sup>666</sup>.

Em 1966, seria criada a *Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical*, na dependência dos Ministérios do Ultramar e da Saúde e Assistência. Contudo, estava prevista a sua transição para o *Ministério da Educação Nacional*, logo que fosse possível. A escola abrangia os ramos de saúde pública e da medicina tropical com funções de ensino, de investigação e de divulgação. O *Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge* prestaria colaboração nos sectores do ensino e da investigação. Desde o início seriam criados os cursos de Saúde Pública, Medicina do Trabalho, Medicina Tropical. O curso de Saúde Pública passaria a constituir condição de preferência para os cargos de médicos das casas do povo e casas de pescadores<sup>667</sup>.

---

<sup>664</sup> Cf. PARECER n.º. 5/VIII: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Actas da Câmara Corporativa*. 27 (1962-11-26), p. 135-162.

<sup>665</sup> Ibidem, p. 145.

<sup>666</sup> Cf. PARECER n.º. 5/VIII: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, p. 147.

<sup>667</sup> Cf. DECRETO n.º. 47102. *Diário do Governo, I Série*. 164 (1966-07-16), p. 1268-1270.

### 2.3.6. Neto de Carvalho, Ministro da Saúde e da Assistência. Os Planos de Fomento.

Neto de Carvalho<sup>668</sup> era mais um ministro licenciado em Direito, proveniente do sector das Corporações e da Previdência e, curiosamente, também ex-funcionário do *Ministério dos Negócios Estrangeiros*, havendo sido cônsul de Portugal na Grã-Bretanha. Em um dos seus primeiros discursos públicos, a 23 de Abril de 1964, sobre política hospitalar, terminaria exaltando a caridade enquanto fundamento de todo o empreendimento duradouro, acrescentando: “mal iriam as coisas se a caridade estivesse ausente dos estabelecimentos de saúde e assistência, onde se devem praticar eternas obras de misericórdia”<sup>669</sup>.

O novo ministro, parecia seguir a linha de Martins de Carvalho, na tentativa de afirmação do *Ministério da Saúde*. Prova disso seria a missiva do ministro da Educação Nacional, Inocêncio Galvão Teles<sup>670</sup>, ao presidente do Conselho, datada de 3 de Julho de 1965, onde se queixava de uma tentativa de dependência total do I.P.O. por parte do *Ministério da Saúde e Assistência*. Como já tínhamos observado, segundo o *Estatuto da Saúde e Assistência*, o I.P.O. passava para a dependência daquele ministério, continuando, ao nível da investigação científica, sob dependência do *Ministério da Educação*, num tipo de tutela conjunta. Contudo, a missiva de Inocêncio Galvão Teles, revela-nos que as negociações entre os dois ministérios foram difíceis. O ministro da Saúde reclamava a exclusiva subordinação do I.P.O. ao seu ministério, ao contrário da

---

<sup>668</sup> **Francisco Pereira Neto de Carvalho (1921):** licenciado em Direito pela *Universidade de Coimbra*. Foi assistente na Faculdade de Direito da *Universidade de Coimbra* até 1947, quando ingressou no *Ministério dos Negócios Estrangeiros*, desempenhando o lugar de cônsul de Portugal na Grã-Bretanha. Em 1955, foi ajudante do Procurador-Geral da República e auditor jurídico junto da presidência do Conselho. Em 1958, integrou o *Ministério das Corporações e Previdência Social* como director do Trabalho e Corporações e como secretário-geral do mesmo ministério. Foi procurador à *Câmara Corporativa* desde 1961. Cf. O Sr. Dr. Neto de Carvalho – Novo Ministro da Saúde e Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 151/152, Janeiro/Junho, 1963, p. 123.

<sup>669</sup> Cf. Política Hospitalar. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 155/156, Janeiro/Dezembro, 1964, p. 121.

<sup>670</sup> **Inocêncio Galvão Teles (1917-2010):** doutorado em ciências jurídicas, foi advogado e professor universitário. Em 1945, tornou-se professor catedrático da *Universidade de Lisboa*. Entre 1956 e 1962, foi director da Faculdade de Direito de Lisboa. Durante este período, foi, ainda, presidente da *Assembleia Geral da Companhia Portuguesa de Pesca* e membro da administração da *Tabaqueira*. Entre 1962 e 1968 foi ministro da Educação Nacional e procurador à *Câmara Corporativa*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 156

opinião do ministro da Educação<sup>671</sup>. Contudo, a tutela conjunta seria a solução que perduraria, apesar da atitude firme e determinada do novo ministério.

Ainda em 1965, pela primeira vez, o sector da saúde seria contemplado num Plano de Fomento. O *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967* dedicava o capítulo IX à saúde, justificando a sua inclusão decorrente do reconhecimento das necessidades nacionais nesta matéria, “o modesto nível sanitário nacional”, “infra-estrutura que mais directamente contribui para o aperfeiçoamento do potencial produtivo da população”<sup>672</sup>. No Parecer da *Câmara Corporativa*, relativo a este Plano, observamos uma ligação entre saúde e desenvolvimento, aparecendo a primeira como fulcro de uma política de avanço económico e social. Este órgão consultivo considerava, ainda, “um progresso do planeamento português a inclusão do tema «saúde» nas preocupações objectivadas através do Plano à política social e económica”<sup>673</sup>.

Contudo, o documento defendia existir um longo caminho para atingir o nível desejado, dado que o sector era cada vez mais dispendioso. Se, por um lado, a inserção da saúde no *Plano Intercalar* demonstrava um maior interesse pelo sector, como bem apontava a *Câmara Corporativa*, a exiguidade das dotações a ela reservadas, anulava, em larga medida, “a expectativa optimista de um maior interesse que os problemas sanitários tenham merecido do Governo”<sup>674</sup>. O *Plano Intercalar* traçava a evolução recente e as perspectivas futuras em termos de saúde pública, protecção materno-infantil, tuberculose, assistência hospitalar e assistência social. Da mesma forma, traçava objectivos a estes níveis, e indicava os investimentos prioritários do Estado nestes âmbitos. Através da análise dos investimentos, concluímos que o regime dava primazia, em longo alcance, à assistência hospitalar, em detrimento das restantes áreas sanitárias<sup>675</sup>.

O Parecer da *Câmara Corporativa* relativo ao *Plano Intercalar de Fomento* observava, contudo, a grande dispersão de serviços de saúde pelos vários ministérios. O foco do documento, apenas nos serviços dependentes do *Ministério da Saúde e*

---

<sup>671</sup> Cf. Carta Manuscrita do Ministro da Educação Nacional ao Presidente do Conselho (1965-07-03). In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, ED-8, pt. 4.

<sup>672</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1964, p. 897.

<sup>673</sup> Cf. PARECER nº. 17/VIII: PLANO INTERCALAR DE FOMENTO PARA 1965-1967. *Actas da Câmara Corporativa*. 82 (1964-11-17), p. 900.

<sup>674</sup> Ibidem, p. 988.

<sup>675</sup> Ibidem, p. 943.

*Assistência*, era, pois, em seu entender, redutor de toda a panorâmica sanitária, perdendo-se uma visão de conjunto<sup>676</sup>.

<b>Higiene e Salubridade Geral</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério das Obras Públicas [Direcção-Geral dos Serviços de Urbanização];</li> <li>• Câmaras Municipais.</li> </ul>
<b>Salubridade dos Alimentos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério da Economia</li> </ul>
<b>Higiene nos Locais de Trabalho</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministérios da Economia e das Corporações</li> </ul>
<b>Saúde Escolar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério da Educação Nacional</li> </ul>
<b>Medicina Curativa (Grande Parte)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério das Corporações e Previdência Social (pelos Serviços Médico-Sociais e Casas do Povo e Pescadores);</li> <li>• Ministério das Finanças;</li> <li>• Departamentos Militares.</li> </ul>

**Tab. 9:** Dispersão dos serviços de saúde, para além dos dependentes *do Ministério da Saúde e Assistência*, segundo o Parecer nº. 17/VIII (1964).

Contudo, o *Ministério da Saúde e Assistência* continuava sem a sua lei orgânica publicada. É interessante verificar que o *Plano Intercalar de Fomento*, valorizando o sector da saúde pública, dava grande importância à *Direcção-Geral de Saúde* no fomento da melhoria das condições gerais de saúde física e psicológica dos indivíduos, combatendo preventivamente a doença. Note-se que, à frente desta direcção-geral estava Maria Luísa Van Zeller, directora-geral de Saúde, empossada por Pedro Soares Martinez. Nesse sentido, o documento apresenta-nos um esboço da orgânica desta direcção geral, conforme esquematizada abaixo.

<sup>676</sup> Cf. PARECER nº. 17/VIII: PLANO INTERCALAR DE FOMENTO PARA 1965-1967, p. 900.

Instituições de Investigação e Ensino	Serviços Técnicos Centrais	Órgãos Periféricos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituto Superior de Higiene Ricardo Jorge;</li> <li>• Curso Geral de Medicina Sanitária;</li> <li>• Curso de Aperfeiçoamento para delegados e subdelegados de saúde;</li> <li>• Curso de Medicina do Trabalho;</li> <li>• Laboratório Central de Saúde Pública;</li> <li>• Centro Nacional da Gripe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxia de doenças infecciosas e sociais;</li> <li>• Higiene Rural e defesa antisezonática;</li> <li>• Higiene do Trabalho e Indústrias;</li> <li>• Higiene da Alimentação e bromotologia;</li> <li>• Salubridade;</li> <li>• Exercício da Medicina e profissões auxiliares;</li> <li>• Exercício da Farmácia e comprovação de medicamentos;</li> <li>• Defesa sanitária dos portos e fronteiras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizados de acordo com a divisão administrativa do país</li> <li>• Em cada distrito, uma Delegação de Saúde, na dependência da qual estão as Subdelegações de Saúde (nos concelhos)</li> <li>• Postos Móveis: brigadas móveis de vacinação.</li> </ul>

**Tab. 10:** Orgânica da *Direcção-Geral de Saúde*, segundo o *Plano Intercalar de Fomento* (1964).

O Parecer da *Câmara Corporativa* considerou que, tendo em conta a extrema dispersão dos serviços, o anacronismo de numerosas disposições legais que disciplinavam esta matéria e a dificuldade de obtenção de dados estatísticos seguros, foram muitos os obstáculos vencidos pelo *Ministério da Saúde e Assistência* para apresentar aqueles resultados. A Câmara ficava, contudo, com a sensação de que se tinha inventariado uma estrutura ou uma orgânica, mas não se tinha efectivado uma verdadeira reflexão sobre o seu real funcionamento, os seus problemas de acção, nem formas de os atacar. Quanto ao exercício orgânico, a Câmara citaria o *Relatório das Carreiras Médicas*, “ao qual é óbvio, esta Câmara não pode ficar alheia”. Citando o documento, o Parecer observava a periclitante condição dos subdelegados de saúde, que reuniam as tarefas de subdelegados, médicos municipais, assistência gratuita aos pobres, consulta semanal nas sedes de freguesia e clínica livre, numa condição profissional indigna<sup>677</sup>.

A Câmara partia, pois, de uma afirmação básica de que a única preocupação seria a de facultar cuidados médicos – curativos e, de preferência, preventivos – a toda a população. Contudo, grande parte da população não podia suportar os encargos sanitários, pelo que “um sistema financeiro de voluntariedade está condenado ao

<sup>677</sup> Cf. PARECER n.º. 17/VIII: PLANO INTERCALAR DE FOMENTO PARA 1965-1967, p. 902.

fracasso”<sup>678</sup>. Concluía, pois, que só através do Estado e das instituições paraestatais é que a generalidade da população poderia ser induzida a canalizar para o sector da saúde uma porção de rendimentos proporcional às suas possibilidades, de acordo com uma política redistributiva. Tal sucedia porque se revelava impossível para a generalidade da população o recurso a meios de tratamento ou prevenção, em especial nas zonas rurais, onde os partidos médicos e os subdelegados de saúde tinham tão vastas atribuições que não podiam acudir a estas populações. Claramente, os doentes pobres não podiam sustentar os médicos, sendo a clínica livre a base de sustento desses profissionais<sup>679</sup>.

A *Câmara Corporativa* acreditava, pois, estar a impor-se um “vasto plano sanitário nacional”<sup>680</sup>, exigido pelo reduzido nível a que se referia, que deveria incluir uma concentração de esforços, excedendo o âmbito de acção do *Ministério da Saúde e Assistência*. O mesmo órgão apontava a necessidade de um capítulo específico, no *Plano Intercalar*, dedicado à assistência, dado que o diploma visava um aumento da produtividade nacional.

A 11 de Março de 1965, observou-se uma nova mudança de cargos no *Ministério da Saúde e Assistência*. Agostinho da Fonseca deixava vagos os cargos de director-geral de Assistência e de secretário-geral do *Ministério da Saúde e Assistência*. Nesse sentido, Coriolano Ferreira tomaria posse enquanto secretário-geral do ministério. Carvalho da Fonseca, ex-director do *Instituto Maternal*, foi empossado como novo director-geral de Assistência. Nessa ocasião, Neto de Carvalho aproveitou para criticar a organização dos serviços do seu ministério, que necessitavam, sob o seu ponto de vista, de uma estrutura moderna, de tipo industrial. Sobre a *Direcção-Geral de Assistência*, pensava que esta teria de perdurar, dado que a assistência aos necessitados tinha de continuar a desenvolver-se<sup>681</sup>.

Por seu turno, Coriolano Ferreira, na mesma ocasião, aproveitou para discursar. Na sua opinião, a saúde, em conjunto com a promoção social, constituíam pontos de apoio essenciais ao desenvolvimento económico dos povos. Não existia Estado que não os acarinhasse ou Governo que lhes negasse atenção, embora nem todos da mesma

---

<sup>678</sup> Cf. PARECER n.º. 17/VIII: PLANO INTERCALAR DE FOMENTO PARA 1965-1967, p. 905.

<sup>679</sup> Ibidem, p. 905.

<sup>680</sup> Ibidem, p. 988.

<sup>681</sup> Cf. Alto Cargos do Ministério da Saúde e Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 157/158, Janeiro/Dezembro, 1965, p. 78.

maneira. Nesse sentido, o *Ministério da Saúde e Assistência* possuía três órgãos para administração, orientação e maior eficiência dos serviços: Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, Conselho Coordenador e Secretaria-Geral<sup>682</sup>.

Ainda em 1965, seriam criadas, no *Ministério da Saúde e Assistência*, as medalhas de serviços distintos e de comportamento exemplar. A primeira destinava-se a galardoar as pessoas que praticavam actos de abnegação, caridade, altruísmo ou beneficência, ou tivessem prestado serviços relevantes à saúde pública ou à assistência social. Podia, ainda, ser concedida a organismos, instituições ou empresas que se distinguissem nos sectores da saúde ou da assistência. A medalha de comportamento exemplar destinava-se a distinguir o pessoal dos estabelecimentos de saúde e assistência, pela consciência dos seus deveres profissionais e que tivesse dado provas de aprumo no exercício das suas funções. Estas medalhas tinham o grau de ouro, prata e cobre, existindo ainda a medalha de dador de sangue<sup>683</sup>.

Em 1965, seria publicada uma portaria que dava conta de todos os serviços oficiais de saúde e assistência, dependentes da *Direcção-Geral de Saúde*, da *Direcção-Geral de Assistência* e da *Direcção-Geral dos Hospitais*<sup>684</sup>. Nesse documento, podemos observar que, no âmbito da *Direcção-Geral de Assistência*, ficariam os estabelecimentos ligados à saúde mental, os institutos de assistência à família, aos leprosos, aos inválidos e tuberculosos, bem como o *Instituto Maternal* e as duas principais maternidades do país.

Ainda em 1967, seria preparado o *III Plano de Fomento para 1968-1973*. Nele, o sector da saúde seria, uma vez mais, contemplado, sendo traçada a sua evolução recente e os problemas com que se debatia. No documento seria reconhecida a prioridade inerente à saúde, enquanto factor de progresso. A saúde era considerada “um dos aspectos fundamentais do bem comum e nela reside um direito que entrou na consciência dos povos”<sup>685</sup>. Por tal, segundo o Plano, era forte a incidência do estado sanitário da população sobre o processo de desenvolvimento nacional. Mais, ainda, o

---

<sup>682</sup> Cf. Alto Cargos do Ministério da Saúde e Assistência., p. 78.

<sup>683</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46277. *Diário do Governo*, I Série. 83 (1965-04-16), p. 442.

<sup>684</sup> Cf. PORTARIA nº. 21249. *Diário do Governo*, I Série. 92 (1965-04-27), p. 503.

<sup>685</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*. 2º Vol, Lisboa: INCM, 1968, p. 8768.

regime começava a considerar que “o recurso aos serviços sanitários não deverá estar condicionado pela capacidade económica de cada pessoa”<sup>686</sup>.

Direcção-Geral de Saúde	Direcção-Geral de Assistência	Direcção-Geral dos Hospitais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene Rural e Defesa Anti-Sezonática;</li> <li>• Serviços sanitários dos Portos marítimos e aéreos;</li> <li>• Centro Nacional da Gripe;</li> <li>• I.S.H. Ricardo Jorge;</li> <li>• Brigadas móveis de profilaxia e vacinação;</li> <li>• Delegações de saúde;</li> <li>• Subdelegações de saúde;</li> <li>• Dispensários de Higiene Social;</li> <li>• Dispensário Antitracomatoso de Peniche;</li> <li>• Dispensário Anti-Rábico do Porto;</li> <li>• Serviço Anti-Rábico e Vacínico de Coimbra;</li> <li>• Centros de profilaxia da cegueira;</li> <li>• Centro de Estudos da Paramiloidose.</li> <li>• Parque Sanitário</li> <li>• Serviços de desinfeção e desinfestação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asilo Psiquiátrico de Travanca;</li> <li>• Centro de Inquérito Assistencial;</li> <li>• Centro de Saúde e Assistência Materno-Infantil Dr. Bissaia Barreto;</li> <li>• Colónia Agrícola de Ames;</li> <li>• Colónia Agrícola do Lorvão;</li> <li>• Hospital-Colónia Rovisco Pais;</li> <li>• Hospital Júlio de Matos;</li> <li>• Hospital Magalhães Lemos;</li> <li>• Hospital Miguel Bombarda;</li> <li>• Hospital Psiquiátrico da Gueifa;</li> <li>• Hospital-Sanatório Colónia Portuguesa do Brasil;</li> <li>• Hospital Sobral Cid;</li> <li>• I.A.F.;</li> <li>• Instituto de Assistência aos Inválidos;</li> <li>• Instituto de Assistência aos Leprosos;</li> <li>• Instituto Maternal;</li> <li>• I.A.N.T.;</li> <li>• Instituto de Assistência Psiquiátrica;</li> <li>• Maternidade Dr. Alfredo da Costa;</li> <li>• Maternidade Júlio Dinis.</li> <li>• Escola de Auxiliares Sociais de S. Pedro de Alcântara</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais Cíveis de Lisboa;</li> <li>• Hospital de Santa Maria;</li> <li>• Hospitais da Universidade de Coimbra;</li> <li>• Hospital Escolar de S. João;</li> <li>• Hospital Joaquim Urbano;</li> <li>• Hospital da Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha;</li> <li>• Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa;</li> <li>• Comissão Inter-Hospitalar do Porto;</li> <li>• Comissão Inter-Hospitalar de Coimbra;</li> <li>• Escolas de Enfermagem: Artur Ravara, Angelo da Fonseca, Hospital de Santa Maria, Hospital de São João, de Ponta Delgada, São João de Deus;</li> <li>• Instituto Nacional do Sangue;</li> <li>• Centros de Cirurgia Cardio-Vascular da Zona Norte e da Zona Sul;</li> <li>• Centros de Neurocirurgia de Coimbra e Lisboa.</li> </ul>

**Tab. 11:** Estabelecimentos oficiais de saúde dependentes da *Direcção-Geral de Saúde*, da *Direcção-Geral de Assistência* e da *Direcção-Geral dos Hospitais*, segundo a Portaria n.º. 21249 (1965) e a Portaria n.º. 21544 (1965)<sup>687</sup>.

Segundo o Parecer da *Câmara Corporativa* que antecedeu esta legislação, a defesa da saúde da população emanava da *Constituição Política*, que impunha ao Estado a defesa da saúde pública e a melhoria das condições das classes mais desfavorecidas (art. 6º) e enumerava, de entre os direitos, garantias e liberdades individuais, o direito à vida

<sup>686</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8770.

<sup>687</sup> Cf. PORTARIA n.º. 21544. *Diário do Governo*, I Série. 215 (1965-09-22), p. 1211.



e à integridade pessoal (art. 8º). Segundo aquele órgão consultivo, era dever dos órgãos sanitários a cobertura de toda a população, “independentemente das disponibilidades económicas dos indivíduos”<sup>688</sup>. Por seu turno, a população estava cada vez mais ciente da importância da saúde, “natural anseio do indivíduo e dos seus familiares”, ao qual acrescia “a generalizada consciencialização dos direitos sociais que se tem operado em nossos dias”<sup>689</sup>.

O conceito de saúde preconizado pelo regime era observado, cada vez mais, de uma forma abrangente, de acordo com o conceito propalado pela O.M.S.. Por tal, a *Câmara Corporativa* chamava a atenção para as causas que reflectiam o nível de saúde de uma população, de âmbito complexo e abrangendo, para além dos meios sanitários, outros factores como a alimentação suficiente e racional, educação da população e qualificação profissional, hábitos de higiene, segurança nos locais de trabalho, condições gerais de salubridade, poluição do ar e das águas, habitação e urbanização, actividades recreativas e ocupação dos tempos livres<sup>690</sup>.

A integração da saúde num plano de fomento era, pois, concebida enquanto um instrumento de programação global do desenvolvimento económico e do progresso social do país, “tendo em vista a formação de uma economia nacional no espaço português e a realização dos fins superiores de uma comunidade, visando a aceleração do ritmo de acréscimo do produto nacional, a repartição mais equilibrada do rendimento e a correcção progressiva dos desequilíbrios regionais de desenvolvimento”<sup>691</sup>.

Da mesma forma, o regime reconhecia o fraco investimento nesta área que, em 1965, não havia ultrapassado 2% do rendimento nacional. Igualmente, era evidente a dispersão dos serviços de saúde, gastando os dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência* cerca de 56,6% do total de gastos públicos do sector. O documento refere-se, ainda, à elevada taxa de mortalidade infantil como problema sanitário, bem como a assimetria na distribuição de médicos e a escassez de enfermeiros.

Nesse sentido, a *Câmara Corporativa* aconselhava o *Ministério da Saúde e Assistência* a possuir um serviço especial de planeamento, tendo em conta que

---

<sup>688</sup> Cf. PARECER n.º. 9/IX: PROJECTO DO III PLANO DE FOMENTO PARA 1968-1973 – CONTINENTE E ILHAS – ANEXO XIII - SAÚDE. *Actas da Câmara Corporativa*. 77 (1967-11-02), p. 1464.

<sup>689</sup> Ibidem, p. 1646.

<sup>690</sup> Ibidem, p. 1648.

<sup>691</sup> Ibidem, p. 1649.

beneficiária, com o *III Plano de Fomento*, de um acréscimo de verbas na ordem dos 200%, em relação ao *Plano Intercalar*. Note-se que o Parecer da *Câmara Corporativa* sugeria a criação de um grupo de trabalho interministerial para fornecer no Conselho Social, previsto na base II da Lei nº. 2115, os estudos e elementos de trabalho necessários à coordenação que competia àquele órgão governamental estabelecer entre os objectivos e as realizações da previdência e os restantes sectores da política social, designadamente os da saúde e assistência.

Do ponto de vista da saúde pública, o Plano chamava a atenção para as inúmeras localidades sem abastecimento de águas, para os progressos ao nível das doenças contagiosas e das endemias rurais. O documento apresentava, pois, como objectivo, uma adequada reorganização dos serviços do *Ministério da Saúde e Assistência*, através da publicação da sua lei orgânica. Uma sistemática e continuada coordenação de todas as medidas respeitantes à saúde e bem-estar social das populações era exigida, bem como uma formação do pessoal em número suficiente e a criação de condições necessárias à sua fixação.

O *III Plano de Fomento* não poderia deixar, ainda, de referir o desenvolvimento da investigação aplicada no esclarecimento de problemas sanitários, através da construção do novo edifício do *Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge* e a criação da *Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical*. Era, pois, necessário, segundo o documento, continuar a fomentar a investigação e a estatística sanitária, a formação de investigadores e a criação de uma delegação do *Instituto Superior de Higiene* no Porto.

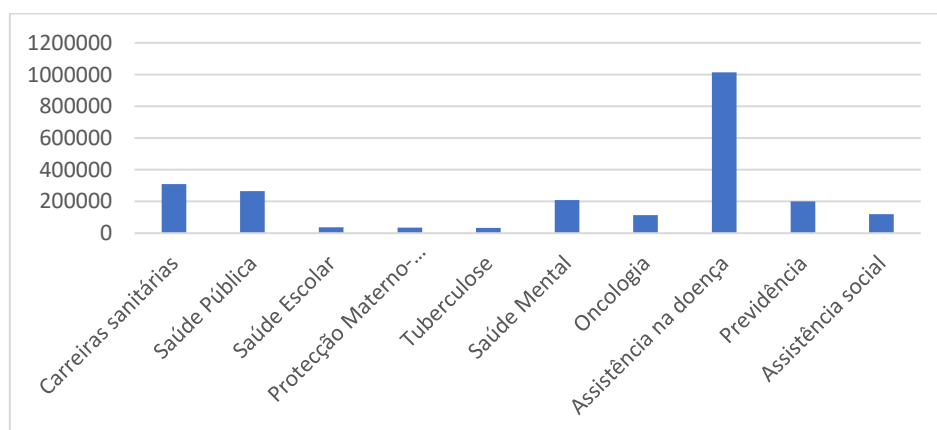
Os investimentos canalizados para esta área, seriam de um total de 2.337.500 contos, repartidos por verbas do Orçamento Geral do Estado, por verbas da Previdência Social e da *Fundação Calouste Gulbenkian*. A repartição desses fundos fazem-nos, contudo, concluir que cabia essencialmente ao Orçamento de Estado os investimentos nesta área. Ao analisarmos concomitantemente a canalização destes investimentos, observamos que os cuidados hospitalares, em geral, eram a área mais profusamente contemplada, abarcando 43% do investimento total. Estas verbas seriam conduzidas, essencialmente, para a construção, recuperação e reapetrechamento dos hospitais centrais e regionais, para a beneficiação de hospitais na capital e para a fixação de pessoal na periferia. Na verdade, estes números tornam claro o carácter hospitalocêntrico do sistema, suportado ainda pela observância de 13% de verbas

conduzidas para a organização das carreiras médicas e de enfermagem, essenciais ao funcionamento destas instituições<sup>692</sup>.

Se os hospitais eram, por excelência, os beneficiários deste Plano, vários sectores da saúde seriam, da mesma forma, por este marginalizados. Era o caso da protecção materno-infantil, que apenas recolheria 1% das verbas, da saúde escolar, que beneficiaria de 2% das mesmas e da luta contra a tuberculose, com apenas 1% do financiamento total.



**Gráf. 7:** Origem dos investimentos integrados no *III Plano de Fomento para 1968-1973*, ao nível do sector da saúde – em percentagem (1968) [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8987]<sup>693</sup>.



**Gráf. 8:** Canalização dos investimentos integrados no *III Plano de Fomento*, ao nível da saúde – em contos (1968) [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8987]<sup>694</sup>.

<sup>692</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8987.

<sup>693</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>694</sup> Idem.

Em 1967, o Papa Paulo VI deu a conhecer ao mundo uma nova carta-encíclica, que intitulou *Sobre o desenvolvimento dos povos*. Tal documento situava-se na linha da doutrina social da Igreja proclamada pelos pontífices romanos desde Leão XIII. Reflectindo a preocupação de projectar o Evangelho nas questões sociais de cada tempo, observou-se, contudo, uma preponderante renovação interna da Igreja decorrente do Concílio Vaticano II. O conteúdo doutrinário da encíclica podia resumir-se em duas ideias fundamentais: o desenvolvimento integral do homem e a solidariedade da humanidade no seu processo de desenvolvimento<sup>695</sup>.

Em 1967, Neto de Carvalho era agraciado pelo chefe de Estado com a grã-cruz da Ordem Militar de Cristo, ao completar o terceiro ano de gerência na pasta da saúde e assistência. Tratava-se, pois, da “consagração de um governante a quem coube conduzir o Ministério numa fase cuja dificuldade é bem conhecida de todos”<sup>696</sup>. A notícia veiculada pela revista *Hospitais Portugueses*, sublinhava a “honestidade de processos, a firmeza de atitudes, a busca incansável das soluções correctas, a sinceridade com que corrige o que foi deficientemente concebido ou executado”<sup>697</sup> por parte do ministro. Os três anos de actuação de Neto de Carvalho seriam apelidados de “históricos” pelas conquistas e realizações indestrutíveis e de alcance fundamental.

Nas suas “memórias”, cujos excertos seriam publicados por Gonçalves Ferreira, Neto de Carvalho assumia a inexistência de uma política de saúde, quando iniciou funções. O presidente do Conselho era, na sua opinião, um “homem da tradição e do passado, desconhecedor e avesso aos métodos modernos”<sup>698</sup>. Nesse sentido, não se encontrava interessado em estabelecer uma coordenação governativa do país, apenas focado na criação de riqueza que permitisse desenvolver os serviços de saúde.

Neto de Carvalho defendia que a sua intenção, quando assumiu a pasta da Saúde e Assistência, era atender às graves insuficiências da cobertura sanitária do país. Pretendia, pois, tornar os serviços centrais mais eficientes e capazes de conhecerem a realidade das situações, de forma a melhor poderem intervir. O problema da preparação do pessoal técnico era, também, extremamente importante para o ministro, para o

---

<sup>695</sup> M.M.S. – A encíclica sobre o desenvolvimento dos povos. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*. Vol. II, nº. 6 (abril-junho) 1967, p. 115.

<sup>696</sup> Cf. O Dr. Neto de Carvalho agraciado pelo chefe de Estado. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIX, nº. 175, Janeiro, 1967, p. 23.

<sup>697</sup> Cf. O Dr. Neto de Carvalho agraciado pelo chefe de Estado, p. 23.

<sup>698</sup> FERREIRA, F.A. Gonçalves – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 361.

desenvolvimento dos serviços e para as funções executivas nos diversos escalões de intervenção. Tudo isto, assegurando a cobertura financeira regular do sistema<sup>699</sup>.

O *Ministério das Finanças* era o ministério “todo-poderoso”, apenas dominado pelo “espírito da Contabilidade Pública”, negando uma séria colaboração com o *Ministério da Saúde e Assistência*. Nascia, pois, segundo Neto de Carvalho, uma rivalidade entre os dois ministérios, pela dificuldade de entendimento pessoal, pela constante desconfiança do *Ministério das Finanças* quanto à eficácia de novos financiamentos aplicados nos serviços de saúde. Era, contudo, inegável o predomínio do *Ministério das Finanças*, sublinhada a sua feição autoritária e a sua resposta negativa aos pedidos de apoio financeiro. Neto de Carvalho narrava que a elaboração do *Estatuto Hospitalar* e do seu *Regulamento* apenas seria aprovada “numa ausência temporária do Ministro das Finanças”<sup>700</sup>, por intercessão de Salazar que, nesse hiato temporal, dera ao ministro da Saúde todo o apoio.

Francisco Neto de Carvalho abandonou o cargo de ministro da Saúde e da Assistência ainda em 1968, durante a última recomposição ministerial de Salazar, a 18 de Agosto daquele ano. Para assumir a pasta da saúde e da assistência, seria escolhido Joaquim de Jesus Santos<sup>701</sup>, que apenas assumiria funções durante um mês, até à chegada ao poder de Marcello Caetano. O novo presidente do Conselho rapidamente substituiria o novo ministro por outro da sua confiança, sendo Lopo Cancela de Abreu o primeiro detentor da pasta, na era marcelista.

### 2.3.7. Um Reajustamento Ideológico

No final da década de sessenta, observamos um novo debate conceptual centrado no conceito de “assistência”. É um debate que se observa no seio do *Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, em artigos publicados por figuras de algum relevo,

---

<sup>699</sup> FERREIRA, F.A. Gonçalves – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 362.

<sup>700</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 362.

<sup>701</sup> **Joaquim de Jesus Santos (1921-1994)**: advogado e político. Natural de Trancoso, foi presidente da direcção da *Associação Comercial, Industrial e Agrícola do Lobito e da Catumbela*. Integrou a *União Nacional* e foi procurador à *Câmara Corporativa* durante a VIII e IX Legislaturas. Foi ministro da Saúde e da Assistência do último governo de Salazar, permanecendo apenas um mês em funções. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 345.

como seria o caso de Carlos Dinis da Fonseca, mas também por jovens juristas, como João Veiga Gomes ou Jorge Miranda.

Nessa discussão, observa-se a clara defesa de uma noção autónoma de assistência, rejeitando a sua subordinação à previdência, a sua acção supletiva em relação aos seguros sociais e a sua definição por exclusão de partes<sup>702</sup>. Regista-se, pois, uma conceptualização da assistência enquanto possuidora do seu próprio domínio, “num plano mais próximo da realidade existencial”<sup>703</sup>. Tornava-se, pois, inaceitável o princípio da subsidiariedade da assistência, com ressalva da sua obrigatoriedade legal, rejeitando-se por completo o seu carácter secundário em relação à previdência.

De facto, todos os autores sublinhavam a assistência como resultante da colaboração da sociedade com as pessoas para a intervenção activa destas na vida social, socorrendo-se da opinião de autores centrados na jurisprudência italiana, como Salvatore d’Amelio, Onorato Sepe, Augusto Venturi, mas também de autores portugueses, como Maria Manuela da Silva ou Neto de Carvalho. A assistência passaria, pois, a nascer da colaboração e do diálogo entre a sociedade e os seus membros.

Jorge Miranda defendia mesmo a existência de um direito à assistência, redundante do direito à igualdade, a ideia mestra da perspectiva social. Na sua essência, o direito à assistência, assumia o autor, era um direito social similar ao direito ao trabalho, ao direito à educação, ao direito ao lar e ao direito à saúde. Contudo, no que era respeitante à *Constituição de 1933*, Jorge Miranda não encontrava “uma manifestação geral e única do direito à assistência”<sup>704</sup>, mas estava disposto a “proclamar a relevância constitucional de determinadas facetas [que tal manifestação] pode revestir”<sup>705</sup>. No que era relativo ao direito à saúde, Jorge Miranda questionava a correcta existência de uma interpretação extensiva ao artigo 6º, nº. 4 da *Constituição de 1933*. Este artigo, incluído na revisão constitucional de 1951, apontava ao Estado a defesa da saúde pública.

---

<sup>702</sup> Cf. DINIS DA FONSECA, Carlos - A assistência na administração pública, p. 35; Cf. GOMES, João Veiga - Segurança social, previdência e assistência. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*. Lisboa, Direcção-Geral de Assistência, nº. 8 (Outubro-Dezembro) 1967, p. 5-21.

<sup>703</sup> Cf. GOMES, João Veiga, *op. cit.*, p. 18.

<sup>704</sup> Cf. MIRANDA, Jorge - Notas para um conceito de assistência social. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*. Lisboa, Direcção-Geral de Assistência, nº. 12 (Outubro-Dezembro) 1968, p. 62.

<sup>705</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 63.

Observe-se, contudo, que a concordância com a existência de um direito à saúde não era ideia nova no seio do regime. No passado, havia sido demagogicamente utilizado para agradar a uma comitiva da O.M.S. Seria em 1958, quando o Grupo Itinerante daquela organização visitaria o nosso país e o então ministro do Interior, Trigo de Negreiros, fez um discurso na cerimónia da abertura oficial das sessões de trabalhos. Nessa ocasião, o ministro aproveitou para perfilhar o princípio inscrito pela Organização, quando proclamou o direito de todos os seres humanos à posse do “melhor estado de saúde que sejam capazes de atingir”. Trigo de Negreiros concluía, pois, que “sem distinção de raças, de religiões, de opiniões políticas, de condição económica e social, o direito à saúde é, de facto, mais um direito fundamental do homem, mais um dos seus direitos naturais e alienáveis”<sup>706</sup>.

Na verdade, no final da década de sessenta, observamos uma clara evolução do conceito de assistência, observando-se uma clara aproximação com o conceito de segurança social e um afastamento do conceito de caridade. Uma assistência que parece ter perdido, pelo menos do ponto de vista conceptual, o seu pendor paternalista, sendo substituída por um espírito mais fraternal. O benemérito já não se encontrava num plano superior ao assistido, mas numa relação paritária, de igual para igual. A assistência começava, pois, a pressupor a colaboração do beneficiário, considerando-o um sujeito activo e não meramente passivo. Da mesma forma, as actividades assistenciais pareciam já não apenas destinadas a pobres e indigentes, mas alargando-se cada vez mais a toda a população. A assistência começava, igualmente a ser encarada enquanto um direito sem legitimação contratual, nascido da solidariedade social, e não apenas um simples favor.

Também nesse final da década de sessenta, na mesma publicação do *Ministério da Saúde e Assistência*, a saúde começava a ser percepcionada enquanto um investimento e uma fonte de produtividade e já não uma mera despesa improdutiva com a qual o Estado era obrigado a debater-se. O artigo de J. M. C. S., relativo ao *Estatuto Hospitalar*, deixava claro que a política portuguesa era baseada no conceito de que uma população sã e activa era condição favorável para o progresso económico da sociedade e que os encargos sanitários representavam um investimento no campo económico. Da mesma forma, a saúde era considerada “um bem a que o homem tem direito”<sup>707</sup>.

---

<sup>706</sup> Cf. Grupo Itinerante da Organização Mundial da Saúde: Sua visita ao nosso país, p. 24.

<sup>707</sup> Cf. J.M.C.S. – O Estatuto Hospitalar. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, nº. 12 (Outubro-Dezembro 1968), p. 123.

Também a intervenção estatal neste domínio começava a ser incontornável. Maria Isabel Roque de Oliveira, em dois artigos publicados pelo *Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, entre 1968 e 1970, relativos aos gastos públicos com saúde e assistência, considerava que “o sector da saúde e assistência é um dos sectores em que a intervenção dos poderes públicos é decisiva”<sup>708</sup>.

Alfredo Bruto da Costa<sup>709</sup>, em artigo publicado no mesmo boletim, afastava a concepção negativa dos gastos sociais, reafirmando a sua concepção positiva, valorizando as vantagens económicas proporcionadas pelos investimentos em saúde, através da criação dos conceitos de “investimento no factor humano” ou “investimento social”. A saúde, mais uma vez, passava a ser concebida enquanto um “direito primacial, indissociável do direito à vivência humana da vida”. Nesse sentido, segundo o autor, o acesso a esses bens não poderia estar condicionado pelos recursos económicos de cada cidadão. Competia, pois, do seu ponto de vista, aos poderes públicos criar e manter as condições necessárias para a satisfação das necessidades de saúde, “de forma a impedir que homem algum seja forçado, em momento algum da existência, a abdicar da sua humanidade”<sup>710</sup>.

O autor discordava que fosse necessário elevar o nível económico da população para que o progresso social se verificasse, dado que os aspectos sociais deveriam ser sempre uma preocupação dos governos, independentemente dos avanços conseguidos pelas economias nacionais. Alfredo Bruto da Costa defendia uma intrínseca complementaridade dos domínios económico e social no processo de desenvolvimento. Se muitos eram os benefícios sociais do desenvolvimento económico, não eram menos numerosas as vantagens económicas do desenvolvimento social. O autor sublinhava os efeitos positivos do sector da saúde sobre a produtividade do trabalho, o êxodo da mão-

---

<sup>708</sup> Cf. OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, n.º. 10 (Abril-Junho 1968), p. 45.

<sup>709</sup> **Alfredo Bruto da Costa (1938)**: político, doutorado em sociologia. Foi docente universitário nas áreas da pobreza e da política social, membro do *Comité Europeu dos Direitos Sociais* (Conselho da Europa), membro do *International Advisory Committee on Poverty and Human Rights* da UNESCO, e também fez parte da equipa europeia de coordenação do Terceiro Programa Europeu de Luta contra a Pobreza. Exerceu o cargo de *Provedor da Misericórdia de Lisboa* (1974-1980) e foi ministro dos Assuntos Sociais entre 1979 e 1980. Tem um vasto número de trabalhos publicados sobre políticas sociais, designadamente sobre exclusão social e pobreza. Cf. LIPP – *Alfredo Bruto da Costa*. [Em Linha] [Consult. 30 Maio 2016]. Disponível em WWW: <http://www.lipp.pt/alfredo-bruto-da-costa.html>

<sup>710</sup> Cf. BRUTO DA COSTA, Alfredo – Os investimentos sociais nos esquemas de desenvolvimento. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, n.º. 6 (Abril-Junho 1967), p. 8.



de-obra, as pressões socio-políticas e a capacidade de iniciativa. Contudo, discordava com a melhoria das condições sanitárias de uma população apenas no sentido de um acréscimo do rendimento nacional. Tratava-se de uma visão “economista” da sociedade, em flagrante oposição com os direitos fundamentais do cidadão e com o conceito personalista do homem.

Nesse sentido, o autor destacava o *Plano Intercalar de Fomento para 1965/1967*, observando-o como um marco significativo na história do planeamento português, na medida em que foi o primeiro plano em que os sectores sociais, nomeadamente a saúde, tiveram tratamento individualizado. Bruto da Costa sublinhava a flagrante inferioridade dos índices sanitários portugueses face aos europeus, para reclamar uma acção enérgica, coordenada e profunda para que a população portuguesa pudesse usufruir de níveis de bem-estar “concordantes com as exigências do desenvolvimento económico e com os princípios básicos de justiça social”<sup>711</sup>.

## **2.4. A Representatividade da Saúde e Assistência na *Câmara Corporativa***

Em 1935, no dia 10 de Janeiro, no âmbito da I Legislatura do Estado Novo, teve lugar a primeira sessão da *Câmara Corporativa*. De facto, o corporativismo foi utilizado por algumas ditaduras como forma de legitimar a intervenção do Estado na economia, tentando atenuar ou anular os conflitos sociais. Em 1942, Franco criava as *Cortes*, destinadas a colaborar com a função legislativa do chefe de Estado. Em 1933, através da nova Constituição, Salazar criava, a par da *Assembleia Nacional*, a *Câmara Corporativa*. Esta deveria ser composta por representantes das autarquias locais e dos interesses sociais, reunindo representantes dos organismos corporativos e técnicos nomeados directamente pelo governo. A sua função era dar pareceres sobre as iniciativas legislativas propostas pela *Assembleia Nacional*, sendo as suas sessões consideradas especializadas e decorrendo em privado. O seu poder era meramente

---

<sup>711</sup> Cf. BRUTO DA COSTA, Alfredo – Os investimentos sociais nos esquemas de desenvolvimento, p. 16

consultivo, não sendo esta Câmara considerada um órgão de soberania da nação, constituindo um mero órgão auxiliar da *Assembleia Nacional* e do Governo<sup>712</sup>.

A criação da *Câmara Corporativa*, uma câmara representativa dos sectores produtivos – agricultura, comércio e indústria – e das instituições – Igreja, Forças Armadas, universidades – parece ter resultado de múltiplas inspirações, nomeadamente no corporativismo católico, na criação de “corporações operárias” recomendada na *Rerum Novarum* e no associativismo contra a excessiva intervenção estatal na vida social defendido por Pio IX na *Quadragesimo Anno*<sup>713</sup>.

Nos termos do artigo 19º do Decreto-lei nº. 24683, a *Câmara Corporativa*, em 1935, era composta por 24 secções<sup>714</sup>. De entre estas secções não existia nenhuma referente a questões sociais e de saúde. Contudo, a 15ª secção – *Interesses espirituais e morais* - parecia mais se adequar a tal pendor, constituída por um representante designado pelo episcopado português, um representante designado pelos prelados do Ultramar, o provedor da Misericórdia de Torres Novas e, por último Maria José Novais<sup>715</sup>, representante das instituições privadas de assistência. Observava-se, ainda, uma outra secção, a 17ª – *Educação Física e Desportos* – que, indirectamente, teve uma ligação com a problemática sanitária, como prova a sua constituição: Rui de Andrade, o presidente da *Federação Nacional do Tiro Português* e o Dr. João Serras e Silva. Este último, médico de profissão, foi durante este período o Director-Geral de Saúde Escolar, havendo subscrito, nessa legislatura, o parecer para a criação de cursos de puericultura e higiene geral<sup>716</sup>. Note-se, ainda, a existência de uma 12ª secção – *Crédito e Seguros*-

---

<sup>712</sup> Cf. FERREIRA, Nuno Estevão – *A Câmara Corporativa no Estado Novo: Composição, Funcionamento e Influência*. Lisboa: ICS, 2009, p. 2. Tese de Doutoramento.

<sup>713</sup> Cf. CAETANO, Marcello – *O sistema corporativo*. Lisboa: Edição de autor, 1938, p. 24-27.

<sup>714</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 24683. *Diário do Governo, Série I*. 279 (1934-11-27).

<sup>715</sup> **Maria José de Abreu do Couto de Amorim Novais (1896-1982)**: nascida no Porto, dedicou parte da sua vida à assistência. Foi procuradora à *Câmara Corporativa* por designação do Conselho Corporativo em representação das outras instituições privadas de assistência. Durante as duas primeiras legislaturas pertenceu à secção de “Interesses espirituais e morais”, subscrevendo pareceres relativos à criação de asilos agrícolas, à reforma do *Ministério da Educação*, à *Concordata* e Apoio Missionário, entre outros. Em 1956, fundou a *Escola do Serviço Social do Porto* e, em 1976, criou o *Abrigo de Nossa Senhora da Esperança*, destinado a mulheres idosas doentes incuráveis. Profundamente católica, entre 1960 e 1963 e de 1964 a 1967 foi vereadora da *Câmara Municipal do Porto*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 254.

<sup>716</sup> **João Serras e Silva (1868-1956)**: natural do Sardoal, era licenciado em medicina pela *Universidade de Coimbra*, havendo obtido doutoramento em 1897. Para além da sua actividade enquanto clínico, era professor naquela universidade, havendo sido docente da *Faculdade de Letras* e director da sua *Escola Normal Superior*. Nos *I e II Congressos da União Nacional* presidiu às subsecções de Educação Física e Educação Nacional e Educação Moral. Em 1933, foi encarregue da remodelação dos serviços de saúde

composta por Fernando Ulrich, pelo presidente do *Grémio dos Seguradores* e pelo presidente da direcção do *Sindicato Nacional dos Empregados Bancários do Distrito de Lisboa*<sup>717</sup>.

Durante a I Legislatura, a *Câmara Corporativa* emitiu os seguintes pareceres, no que era relativo à Saúde e à Assistência:

- 2/I: Instituições de Previdência Social;
- 27/I: Defesa da Instituição da Família;
- 31/I: Criação de Cursos de Puericultura e de Higiene Geral;
- 32/I: Criação do Instituto de Medicina Tropical;
- 39/I: Reorganização dos Serviços de Assistência aos Tuberculosos do Exército;
- 49/I: Correção das Ametropias dos Alunos dos Liceus;
- 71/I: Acidentes de Trabalho;
- 89/I: Casas dos Pescadores;
- 93/I: Repressão do Exercício Ilegal da Profissão Odontológica em Portugal

No âmbito da II Legislatura, iniciada a 25 de Novembro de 1938, foi nomeada uma nova composição da *Câmara Corporativa*. Desta feita, as secções foram divididas entre os interesses económicos, culturais e morais, as autarquias locais e a administração pública<sup>718</sup>. Pela primeira vez, aparecia uma secção ligada à previdência - *Crédito e Previdência* – na qual o procurador das instituições de previdência era Pedro Inácio Ribeiro, representante da *Caixa Sindical de Previdência do Comércio e Exportação de Vinhos do Norte de Portugal*. Mantinha-se a secção de *Educação Física e Desportos*, que era composta, nesta legislatura, pelo representante eleito entre os presidentes das federações desportivas nacionais, pelo representante das associações venatórias e pelo

---

escolar e, até 1938, ocupou o cargo de Director-Geral de Saúde Escolar. Foi procurador à *Câmara Corporativa* entre a I e a IV legislaturas, integrando as secções de Educação Física e Desportos e as de Política e Administração Geral. Nessa condição subscreveu pareceres relativos à criação de cursos de puericultura e de higiene geral, à regulamentação do exercício da profissão médica por estrangeiros, à organização hospitalar. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 201.

<sup>717</sup> Cf. ADITAMENTO AO DECRETO-LEI n.º 24683. *Diário do Governo, Série I*. 2 (1935-01-03).

<sup>718</sup> Cf. CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I*. 265 (1938-11-15).

médico especializado em educação física, Benjamim Jorge Calado<sup>719</sup>, especializado em questões educacionais.

Relativamente à secção de interesses espirituais e morais, esta era constituída por um representante designado pelo Episcopado português, pelo representante designado pelos prelados do Ultramar, pelo provedor escolhido por eleições entre os provedores das misericórdias do país e por um representante das instituições privadas de assistência, cargo que mais uma vez cabia a Maria José Novais<sup>720</sup>.

Durante a II Legislatura, a Câmara Corporativa emitiu os seguintes pareceres, no que era relativo à Saúde e à Assistência:

- 3/II: Regulação do Exercício da Profissão Médica por Estrangeiros;
- 15/II: Contribuições e Impostos, Execuções Fiscais, Dívidas à Caixa Geral de Depósitos, Crédito e Previdência e aos Hospitais Cíveis e avaliações de prédios;
- 19/II: Concordata e Acordo Missionário.

No âmbito da III Legislatura, iniciada em 25 de Novembro de 1942, mantiveram-se as mesmas secções que temos seguido. A secção 13<sup>a</sup> – *Crédito e previdência* – era representada, no que era relativo à previdência, por Luiz Leite Pinto, procurador da *Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Seguros*<sup>721</sup>. A secção 17<sup>a</sup> – *Educação Física e Desportos* – era, da mesma forma, constituída pelos representantes das federações desportivas, pelas associações venatórias e pelo médico especializado em questões de educação física, director do *Centro de Medicina Desportiva da Mocidade Portuguesa*, Arsénio Cordeiro<sup>722</sup>.

---

<sup>719</sup> **Benjamim Jorge Calado (1875-1952):** licenciado em medicina, foi médico interno dos *Hospitais Cíveis de Lisboa*, director dos Serviços de Educação Física e professor de Pedagogia Geral de Educação Física. Foi, ainda, adjunto e substituto do Director-Geral de Saúde Escolar, sendo nomeado procurador à *Câmara Corporativa* na qualidade de médico especializado em questões educacionais. Durante o seu mandato na respectiva *Câmara* subscreveu o parecer relativo à criação do *Instituto Nacional de Educação Física*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 123.

<sup>720</sup> Cf. CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I*. 272 (1938-11-23).

<sup>721</sup> Cf. CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I, Suplemento*. 271 (1942-11-23).

<sup>722</sup> **Arsénio Luís Rebelo Alves Cordeiro (1910-?):** licenciado em medicina pela *Faculdade de Medicina de Lisboa*, especializou-se em Medicina Desportiva como bolseiro do *Instituto de Alta Cultura*, passando por Roma, Bolonha, Berlim e Hamburgo. Entre 1938 e 1945, foi director do *Centro de Medicina Desportiva da Mocidade Portuguesa*, acumulando funções de professor do *Instituto Nacional de Educação Física*. Foi chefe de serviço no *Instituto Português de Oncologia* e no *Hospital de Santa*

Em relação à secção 18<sup>a</sup> – *Interesses Espirituais e Morais* – esta continuava a ser constituída por um representante da Igreja Católica, um representante dos Institutos Missionários, um representante das misericórdias e outro representante das instituições privadas de assistência. Nesta legislatura, Maria José Novais dava lugar a Maria Joana Mendes Leal<sup>723</sup> como procuradora representante das instituições privadas de assistência. A grande novidade em relação às anteriores legislaturas observou-se na inclusão de um representante, nesta secção, da *Ordem dos Médicos*, mais precisamente o seu presidente, José Pereira Flores<sup>724</sup>. Durante esta legislatura, a *Câmara Corporativa* subscreveu importantes pareceres, como o relativo ao *Estatuto da Assistência Social*.

Durante a III Legislatura, a *Câmara Corporativa* emitiu os seguintes pareceres, no que era relativo à Saúde e à Assistência:

- 9/III: Estatuto da Assistência Social;
- 21/III: Assistência Psiquiátrica.

Em 1945, a IV legislatura teve início no dia 26 de Novembro. A secção 13<sup>a</sup>, relativa ao *Crédito e previdência*, conservava a mesma estrutura. Como representante das instituições de previdência permanecia o procurador da *Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Seguros*, Frederico de Macedo Matos. Em relação à

---

Maria. Apesar de ser considerado «situacionista», subscreveu a lista do MUD em 1945, alegando mais tarde que o fizera por engano. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 127.

<sup>723</sup> **Maria Joana Mendes Leal (1897-1976)**: natural de Torrocelo, Seia, era presidente da *Liga Independente Católica Feminina* e vogal da direcção da *Obra das Mães para a Educação Nacional*, criada em 1936. Foi presidente e membro do *Conselho Internacional da Associação Católica Internacional para as Obras de Protecção às Raparigas*, membro do *Conselho Internacional da União Internacional de Protecção à Moralidade Pública*, directora dos serviços de propaganda e publicidade da *Mocidade Portuguesa Feminina* e vogal da *Junta Nacional de Educação*. Foi procuradora à *Câmara Corporativa* entre a III e a VI legislatura, representante das instituições particulares de assistência, tendo subscrito pareceres relativos ao *Estatuto da Assistência Social*, à assistência psiquiátrica, à organização hospitalar, e à luta contra a tuberculose. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 157.

<sup>724</sup> **António José Pereira Flores (1883-1957)**: licenciado em medicina pela *Escola Médica de Lisboa* em 1906, realizou diversos estágios de neurologia em Paris e Berlim. Foi membro da *Sociedade das Ciências Médicas* (1911), foi capitão-miliciano de Neurologia ao serviço do *Corpo Expedicionário Português* (1917-1918), director do *Hospital de Santa Marta* entre 1922 e 1936, director do *Manicómio Miguel Bombarda*, professor catedrático de Neurologia e Psiquiatria, director da *Faculdade de Medicina de Lisboa* (1945-1947). Entre 1940 e 1943, foi bastonário da *Ordem dos Médicos*, em cuja qualidade integrou a *Câmara Corporativa*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 134.

secção de *Educação Física e Desportos*, a sua composição não se alterou, embora se notasse mais um elemento, nesta legislatura, representando a *Fundação Nacional para a Alegria no Trabalho*. O médico especializado em questões de educação física nomeado procurador à *Câmara Corporativa* foi Tibério Barreira Antunes<sup>725</sup>. Em relação à secção de *Interesses Morais e Espirituais*, esta preservou a mesma composição, alterando apenas a personalidade representativa da *Ordem dos Médicos*, que nesta legislatura seria Fernando Freitas Simões.<sup>726</sup> Durante a IV Legislatura, a *Câmara Corporativa* emitiu os seguintes pareceres, no que era relativo à Saúde e à Assistência:

- 2/IV: Organização Hospitalar;
- 35/IV: Luta contra as Doenças Contagiosas.

A V Legislatura teve início a 25 de Novembro de 1949. A secção 13<sup>a</sup> continuou relativa ao *Crédito e previdência*, mantendo a mesma estrutura constituinte. O representante das instituições de previdência foi, desta feita, o presidente do *Conselho Geral da Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Seguros*, Frederico de Lemos Santos. Em relação à secção de *Educação Física e Desportos*, a sua composição conservou-se, sendo Armando Coelho de Sampaio<sup>727</sup>, o médico especializado em questões de educação física nomeado procurador à *Câmara Corporativa*, nesta legislatura. A secção de *Interesses Morais e Espirituais* preservou a mesma fórmula de

---

<sup>725</sup> **Tibério Barreira Nunes (1915-?)**: licenciado em medicina pela *Universidade de Coimbra*, foi médico-cirurgião e professor universitário. Foi médico estagiário do *Instituto Maternal*, assistente da *Faculdade de Medicina de Coimbra*, médico na *Maternidade de Santa Bárbara* e do *Hospital de São José*, professor e director do *Instituto Nacional de Educação Física*, médico assistente do *Centro de Medicina Desportiva*, da *Maternidade Alfredo da Costa*, sendo chefe do serviço de obstetrícia a partir de 1962 e seu director em 1970. Integrou, como procurador, a *Câmara Corporativa* na IV legislatura, subscrevendo um parecer sobre a luta contra as doenças contagiosas. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 167.

<sup>726</sup> **Fernando de Freitas Simões (1890-1972)**: licenciado em medicina pela *Faculdade de Medicina de Lisboa*, em 1915. Em 1917, foi alferes médico do *Corpo Expedicionário Português*. Foi interno e cirurgião dos *Hospitais Cívicos de Lisboa*, professor agregado da *Faculdade de Medicina de Lisboa*, director da *Maternidade Alfredo da Costa*. Em 1954, foi director dos serviços clínicos do *Hospital de Santa Maria*, aquando da sua inauguração. Em 1944, foi bastonário da *Ordem dos Médicos*. Na IV legislatura foi procurador à *Câmara Corporativa* e subscreveu um parecer relativo à organização hospitalar. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 230.

<sup>727</sup> **Armando Coelho de Sampaio (1907-1982)**: licenciado em medicina pela *Universidade de Lisboa*, em 1937. Iniciou a sua vida profissional em Portalegre, como médico, acumulando as funções de presidente da Comissão Distrital de Portalegre da *União Nacional* e sub-delegado regional da *Mocidade Portuguesa*. Foi delegado do *Instituto da Assistência à Família* de Portalegre, deputado da *Assembleia Nacional* (VIII Legislatura), governador-civil do distrito de Portalegre, director da *Associação de Futebol de Coimbra*, director das federações de basquetebol e atletismo, delegado da *Direcção-Geral dos Desportos de Portalegre*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 222.

composição<sup>728</sup>. Durante a presente legislatura, a *Câmara Corporativa* emitiu apenas um parecer, no que era relativo à Saúde e à Assistência: 4/V: Luta contra a Tuberculose.

Durante a VI Legislatura registamos uma modificação: a secção de *Interesses de Ordem Espiritual e Moral* passou a ser a Secção I. Em termos constitutivos, permaneceram os mesmos procuradores, sendo apenas adicionado um representante pelas dioceses ultramarinas e institutos missionários, designado pelos prelados do Ultramar. Desta feita, deixava de existir uma secção de *Educação Física e Desportos*, passando esta a estar integrada na secção II – *Interesses de Ordem Cultural*, constituindo a sua 3ª subsecção. O médico especializado em Educação Física foi Fernando Prata Rebelo de Lima<sup>729</sup>. A Secção X foi dedicada ao *Comércio, Crédito e Previdência*, sendo a sua 1ª subsecção relativa ao crédito e previdência. Nela inscrita, a representante das instituições de previdência foi a *Caixa de Previdência do Pessoal dos Organismos Económicos*, através do presidente da direcção, Júlio César da Silva Gonçalves<sup>730</sup>.

Durante a VI Legislatura, a *Câmara Corporativa* emitiu os seguintes pareceres, no que era relativo à Saúde e à Assistência:

- 8/VI: Responsabilidade pelos Encargos em Matéria de Assistência Hospitalar;
- 17/VI: Assistência aos Funcionários Cíveis Tuberculosos;
- 37/VI: Organização e Funcionamento dos Institutos de Serviço Social;
- 41/VI: Plano de Formação Social e Corporativa;
- 46/VI: Delitos contra a Saúde Pública e a Economia Nacional;
- 48/VI: Instituto Nacional do Sangue;
- 50/VI: Federação das Casas do Povo;
- 52/VI: Cooperação das Instituições de Previdência e das Casas do Povo na Construção de Habitações Económicas.

---

<sup>728</sup> Cf. CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I*. 251 (1949-11-24), p. 809-812.

<sup>729</sup> **Fernando Prata Rebelo de Lima (1910-?)**: médico da *Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*, natural do Porto, foi procurador à *Câmara Corporativa* apenas durante a VI Legislatura. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 203.

<sup>730</sup> Cf. RELAÇÃO – CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo. Série I*. 261 (1953-11-24), p. 1455-1458.

A 25 de Novembro de 1957, iniciou-se a VII Legislatura, integrando o Conselho Corporativo novas corporações, como as Corporações da Lavoura, da Pesca e Conservas, dos Transportes e Turismo e do Crédito e Seguros. A secção de *Interesses de Ordem Espiritual e Moral* manteve a mesma organização. O representante das misericórdias foi o provedor da *Santa Casa da Misericórdia do Porto*, e as restantes instituições assistenciais foram encabeçadas, pela primeira vez, por Maria Luísa Ressano Garcia<sup>731</sup>, assistente social, e um representante designado pela *Ordem dos Médicos*<sup>732</sup>.

Nova alteração foi introduzida na subsecção *Educação Física e Desportos*, que passou a ser a 4ª subsecção da Secção II: *Interesses de Ordem Cultural*. Da mesma forma, esta subsecção deixou de ter um médico especializado como representante. Tal parece ser notório de uma perda de preponderância do sector da educação física e do desporto, também enquanto actividade preventiva, do ponto de vista sanitário. A Secção X passou a ter a designação *Crédito e Seguros*, eliminando a previdência do seu título. As instituições de previdência foram representadas na 2ª subsecção, intitulada *Seguros*, pelo presidente do *Conselho Geral das Habitações Económicas-Federação das Caixas de Previdência*<sup>733</sup>.

Durante a VII Legislatura, a *Câmara Corporativa* emitiu os seguintes pareceres, no que era relativo à Saúde e à Assistência:

- 39/VII: Reforma da Previdência Social;
- 40/VII: Períodos de Evicção Escolar por virtude de Doenças Infecto-Contagiosas;
- 42/VII: Estatuto da Saúde e Assistência.

---

<sup>731</sup> **Maria Luísa Frederica Meneses Moreira Ressano Garcia (1912-1972):** assistente social e funcionária pública, diplomada pelo *Instituto de Serviço Social de Lisboa*. Profundamente católica, trabalhou, enquanto assistente social, no *Centro da Obra das Mães*, em Cascais, e no *Centro Médico-Social da Mocidade Portuguesa Feminina*. Como voluntária, dirigiu e orientou a *Obra do Ardina* e o seu jornal. Foi procuradora à *Câmara Corporativa* apenas durante a VII Legislatura. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 203.

<sup>732</sup> Cf. RESOLUÇÃO DO CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo. I Série*. 266 (1957-11-23), p. 1203-1210.

<sup>733</sup> Cf. RESOLUÇÃO DO CONSELHO CORPORATIVO, p. 1206.



A VIII Legislatura teve início a 25 de Novembro de 1961<sup>734</sup> e com ela trouxe algumas alterações no que era decorrente da composição dos seus procuradores. As secções conservaram a mesma estrutura. A primeira delas continuava a ser relativa aos interesses de ordem espiritual e moral. Desta feita, a Igreja Católica passava a ser representada por António dos Reis Rodrigues<sup>735</sup>, enquanto as dioceses ultramarinas e institutos missionários eram encabeçadas por António da Silva Rego<sup>736</sup>. Em representação das misericórdias estava o provedor da *Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Domingos Braga da Cruz. Pela primeira vez, Fernando Bissaia Barreto Rosa representava as instituições privadas de assistência. O bastonário da *Ordem dos Médicos*, Jorge Augusto da Silva Horta, também integrava esta secção, representando aquela instituição.

Na verdade, observou-se um claro aumento do protagonismo da *Ordem dos Médicos* e do seu bastonário na composição da *Câmara Corporativa*, que passava também a integrar a 4ª subsecção da Secção II, relativa à *Educação Física e Desportos*. Como na anterior legislatura, as instituições de previdência estavam representadas na Secção X, relativa ao *Crédito e Seguros*, na 2ª subsecção de seguros. Na VIII Legislatura, estas instituições eram representadas por António Júlio de Castro Fernandes<sup>737</sup>.

---

<sup>734</sup> Cf. ACÓRDÃO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PODERES – ACÓRDÃO n.º. 1/VIII. *Actas da Câmara Corporativa*. 2 (1961-11-28), p. 6-16.

<sup>735</sup> **António dos Reis Rodrigues (1918-2009)**: sacerdote católico. Licenciado em Ciências Histórico-Jurídicas pela *Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*, em 1941. No ano seguinte, ingressou no *Seminário dos Olivais*, onde completou o curso de Teologia e foi ordenado sacerdote. Entre 1947 e 1965, foi assistente eclesiástico da *Juventude Universitária Católica*, conjugando as funções de capelão e professor da *Academia Militar*. Em 1966, foi proclamado Bispo auxiliar de Lisboa, com funções de capelão-mor das Forças Armadas. Foi membro da *Conferência Episcopal Portuguesa* e Vigário-Geral do *Patriarcado de Lisboa*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 543.

<sup>736</sup> **António da Silva Rego (1905-1986)**: sacerdote católico e historiador. Licenciado em Ciências Históricas pela *Universidade de Lovaina*, em 1942 e com o curso do *Seminário de Macau*, foi professor do ensino liceal em Lisboa. Docente do curso de Altos Estudos Coloniais da *Escola Superior Colonial* (1946-1976), investigador de História Ultramarina, membro da *Sociedade de Geografia*, da *Academia Portuguesa da História* e da *Academia das Ciências de Lisboa*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 523.

<sup>737</sup> **António Júlio Castro Fernandes (1903-1975)**: banqueiro e político. Licenciado em economia pelo *Instituto Superior de Ciências Económicas e Financeiras de Lisboa*, foi um elemento da extrema-direita, partidário de Rolão Preto, aderindo posteriormente ao Estado Novo. Foi presidente do *Conselho Geral da Federação das Caixas de Previdência* (1935), subsecretário das Corporações e Previdência Social (1944-1948), ministro da Economia (1948-1950), presidente da Comissão Executiva da *União Nacional* (1958-1961; 1965-1968), procurador à *Câmara Corporativa*, entre outras funções. A partir de 1968, dedicar-se-ia à Banca. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 243.

Contudo, este aparente aumento de protagonismo da *Ordem dos Médicos* e do seu bastonário não pode ser lido de uma forma simplista. Na verdade, pelo Decreto-Lei n.º 43178, que adaptava aquela Câmara às corporações então criadas, os bastonários de todas as Ordens passariam a procuradores. Tal seria visível, não só com o bastonário da *Ordem dos Médicos*, mas também com os bastonários da *Ordem dos Advogados* e da *Ordem dos Engenheiros*<sup>738</sup>.

Durante a VIII Legislatura, a *Câmara Corporativa* emitiu os seguintes pareceres, no que era relativo à Saúde e à Assistência:

- 4/VIII: Valorização do Património Imobiliário das Misericórdias;
- 5/VIII: Escola Nacional de Saúde Pública;
- 8/VIII: Saúde Mental;
- 11/VIII: Propriedade da Farmácia;
- 14/VIII: Colheitas de Órgãos e Tecidos de Cadáveres;
- 18/VIII: Projecto de Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967 (Continente e Ilhas) – ANEXO VI – Saúde;
- 21/VIII: Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho e das Doenças Profissionais;

A IX Legislatura iniciou-se a 29 de Novembro de 1965<sup>739</sup>. A primeira secção mantinha-se relativa aos *Interesses de ordem espiritual e moral*. Contudo, desta feita, o representante da Igreja Católica seria José Filipe Mendeiros<sup>740</sup>. Por seu turno, António da Silva Rego e Bissaya Barreto seriam reconduzidos nas respectivas representações. O representante das misericórdias foi Armando Saraiva de Melo, provedor da *Santa Casa da Misericórdia da Guarda*. A *Ordem dos Médicos* foi representada pelo seu bastonário, João José Lobato Guimarães<sup>741</sup>. Pela primeira, ainda nesta secção,

---

<sup>738</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 43178. *Diário do Governo. I Série*. 222 (1960-09-23), p. 1984-1985.

<sup>739</sup> Cf. 2ª Reunião Preparatória, em 29 de Novembro. *Actas da Câmara Corporativa*. 2 (1965-11-30), p. 5-15.

<sup>740</sup> **José Filipe Mendeiros (1911-?)**: sacerdote católico. Natural de Estremoz, era licenciado em Direito canónico e doutorado em Teologia. Professor e reitor do *Seminário de Évora*, sócio correspondente da *Academia Portuguesa de História*, o sacerdote era, ainda, vogal da *Santa Casa da Misericórdia de Évora*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 345.

<sup>741</sup> **João José Lobato Guimarães (1916-?)**: médico e professor universitário. Licenciado em medicina pela *Universidade de Coimbra*, em 1941, foi professor catedrático da *Faculdade de Medicina* daquela

encontravam-se representadas as misericórdias e as instituições privadas de assistência das províncias ultramarinas, através de um representante das províncias de Macau e do Estado da Índia, respectivamente.

A 4ª subsecção da Secção II continuava a ser relativa à *Educação Física e Desportos*, conservando a representação da *Ordem dos Médicos* através do seu bastonário. As instituições de previdência prosseguiam a ter lugar na secção X, 2ª subsecção (seguros), representada por Mário Arnaldo da Fonseca Roseira<sup>742</sup>.

Durante a IX Legislatura, a *Câmara Corporativa* emitiu os seguintes pareceres, no que era relativo à Saúde e à Assistência:

- 9/IX: Projecto do III Plano de Fomento para 1968-1973 – Continente e Ilhas – ANEXO XIII – Saúde;
- 19/IX: Desafecção dos Anexos das Concessões Minerais e de Águas Minerais;
- 22/IX: Reorganização das Casas do Povo e a Previdência Rural;
- 30/IX: Colheita de Produtos Biológicos Humanos para Liofilização.

Em 1966, nascia uma nova Corporação: a Corporação da Assistência. No *Fundo Oliveira Salazar*, encontramos alguma correspondência sobre a instituição e regulamentação da nova Corporação. Um documento não datado, nem assinado, provavelmente do ministro da Saúde e Assistência, dava o seu consentimento por parte do *Ministério da Saúde e Assistência*, para a sua criação, propondo, no entanto, determinadas alterações visando vários objectivos. Na sua opinião, era necessário circunscrever a competência da Corporação à defesa dos interesses das instituições particulares de assistência nela integradas, salvaguardando a competência do Estado quanto à coordenação das referidas instituições. Era, ainda, na sua opinião, necessário limitar ao mínimo a estrutura e os encargos da nova corporação, moderar a sua

---

cidade. Foi bastonário da *Ordem dos Médicos*, durante o ano de 1962. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 254.

<sup>742</sup> **Mário Arnaldo da Fonseca Roseira (1913-1983)**: funcionário corporativo. Natural da Ilha de São Tomé, era licenciado em Direito. Foi delegado do I.N.T.P., chefe de repartição da *Direcção-Geral de Previdência e Habitações Económicas*, presidente da Comissão da Política Social Rural, e vice-presidente do Conselho Superior da Previdência e da Habitação Económica. Foi, ainda, administrador da *Companhia Portuguesa de Celulose*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 451.

capacidade de intervenção, evitando que esta se fizesse para além da sua competência específica de órgão de representação das instituições particulares de assistência. Por fim, urgia, ainda, integrar, de forma expressiva, a corporação no âmbito de competência e fiscalização do *Ministério da Saúde e Assistência*<sup>743</sup>.

Em conclusão, Neto de Carvalho sustentava que, limitando-se embora a corporação a representar as instituições particulares incorporadas, ela não podia todavia circunscrever a sua competência à defesa dos interesses específicos dessas instituições, na medida em que esses interesses se identificavam ou dependiam da própria defesa e expansão dos interesses gerais da assistência. Terminava, por fim, com esta posição claramente afectada à supletividade do Estado face aos particulares: “em nosso entender, tudo quanto seja desonerar o Estado de funções que podem ser desempenhadas pelos particulares, longe de diminuir o seu prestígio, antes contribuirá para o fortalecer, elevando-o à sua verdadeira posição de órgão supremo da administração pública”<sup>744</sup>.

Em Abril de 1967, mandava o governo, através do ministro das Corporações e Previdência Social, com o parecer favorável do *Ministério da Saúde e Assistência* e sob resolução do Conselho Corporativo, aprovar o regimento da Corporação da Assistência, com efeito a partir de 24 de Abril daquele ano. O seu primeiro presidente seria António Maria Mendonça Lino Neto<sup>745</sup>, então provedor da *Misericórdia de Lisboa*.

A Corporação da Assistência, instituída pelo Decreto n.º. 47214, de 23 setembro 1966, constituía uma organização unitária das actividades particulares de assistência e tinha por fim “coordenar, representar e defender os seus interesses de ordem moral, espiritual e material à luz da solidariedade humana e do bem comum nacional”<sup>746</sup>. A sua composição abrangia as misericórdias e as demais instituições de assistência que tivessem os seus estatutos ou regulamentos devidamente aprovados nessa qualidade. Era uma pessoa colectiva de direito público, com sede em Lisboa, podendo exercer todos os

---

<sup>743</sup> Cf. Correspondência sobre instituição e regulamentação da Corporação da Assistência. In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/CR-5, pt. 13.

<sup>744</sup> Ibidem, CO/CR-5, pt. 13.

<sup>745</sup> **António Maria de Mendonça Lino Neto (1913-?)**: magistrado. Licenciado em Direito, ciências jurídicas e ciências político-económicas pela *Universidade de Lisboa*. Foi subdirector da *Polícia Judiciária de Lisboa*, presidente do Conselho Superior Disciplinar da *Ordem dos Engenheiros*, provedor da *Misericórdia de Lisboa*, presidente da Corporação da Assistência, chefe de Gabinete do ministro das Corporações e da Saúde e ministro da Justiça (1973-1974). Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 115.

<sup>746</sup> Cf. DECRETO n.º. 47214. *Diário do Governo. I Série*. 222 (1966-09-23), p. 1522-1523.

direitos respeitantes aos interesses legítimos do seu instituto, em colaboração com o Estado, através do *Ministério da Saúde e Assistência*, e com as demais corporações<sup>747</sup>.

Corporação da Assistência
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representar e defender, nomeadamente na Câmara Corporativa, junto do Governo e dos órgãos de administração os interesses das instituições particulares de assistência;</li> <li>• Colaborar com o Estado na satisfação das necessidades assistenciais do país, concorrendo para a efectivação da política nacional de assistência;</li> <li>• Fomentar o espírito de beneficência, a prática da caridade cristã, a expansão das actividades assistenciais e, de uma maneira genérica, o espírito de solidariedade social;</li> <li>• Propor ao governo normas de observância geral de interesse para a política de assistência ou, com o consentimento do Estado, elaborar essas normas;</li> <li>• Favorecer a criação de novas instituições de assistência e auxiliar, por todos os meios ao seu alcance, as já existentes;</li> <li>• Fomentar, realizar e subsidiar o estudo dos problemas inerentes às actividades assistenciais;</li> <li>• Dar parecer ao Governo sobre todos os assuntos que lhe seja, submetidos;</li> <li>• Representar as instituições particulares de assistência em congressos e reuniões nacionais e internacionais, quando estas não devam representar-se individualmente;</li> <li>• Tentar a conciliação nas controvérsias entre as instituições incorporadas, quando for solicitada;</li> <li>• Exercer as demais funções exigidas pela Lei.</li> </ul>

**Tab. 12:** Atribuições da Corporação da Assistência, segundo o Decreto nº. 47214 (1966).

Como podemos comprovar, durante os dez primeiros anos de funcionamento da *Câmara Corporativa*, observou-se um aumento do peso da representatividade, essencialmente, do sector da saúde. Note-se a importância da inclusão de um representante da *Ordem dos Médicos*, a partir da III Legislatura, em 1942, o que prova um maior interesse governamental por esse sector. De facto, a disposição dos assuntos de saúde e assistência numa secção destinada à defesa dos interesses espirituais e morais torna bastante clara a escolha de uma vertente ideológica caritativa e assistencialista assumida pelo Estado Novo. Neste período de construção do regime, parecia continuar a política da Monarquia Constitucional, da I República e da Ditadura Militar nesta área, pelo menos de um ponto de vista teórico.

<sup>747</sup> Cf. DECRETO nº. 47214, p. 1523.

## 2.5. Vozes Críticas da Política Sanitária do Regime

Embora o Estado Novo fosse caracterizado enquanto um regime autoritário, ao longo dos anos surgiram algumas vozes críticas e certos grupos de pressão no sentido de tentarem alterar o rumo das políticas assistencialistas preconizadas pelo Governo de Salazar. No âmbito deste estudo, apontamos a acção de certos sectores ligados à Igreja Católica, aos médicos e à sua Ordem, bem como à oposição ao regime.

### 2.5.1. Uma Visão Crítica de Alguns Movimentos Católicos

Em 1941, era enviada ao ministro do Interior uma *Dissertação sobre os estudos para a remodelação da assistência social*, uma reflexão sobre o Decreto-Lei nº 31666 assinado por “alma vicentina”, o que sugere uma clara ligação à *Sociedade São Vicente de Paulo*. Segundo essa organização católica, a principal directriz da reforma assistencial seria baseada em criar ou valorizar os organismos indispensáveis à diversidade e à extensão das necessidades reconhecidas. Era necessário conseguir o término da antiga assistência pública, onde os favoritismos eram frequentes, tirando lugar aos que de direito deviam dela beneficiar.

A organização defendia, ainda, que na cooperação da assistência social com o Estado não podiam só participar as instituições particulares, mas também todo e qualquer indivíduo de boa vontade, “como bom cristão e como bom português”<sup>748</sup>. Quanto ao papel do Estado, a “alma vicentina” pensava não ter de discutir se ao Estado cabia ou não assistir directamente aos necessitados. O que era indispensável era que não se podia dispensar o seu auxílio sob todos os aspectos, “e no campo moral especialmente, para que se possa actuar com proveito”<sup>749</sup>. A função do Estado deveria ser, contudo, de “um controlo severíssimo e que as fiscalizações sejam rigorosíssimas para que cada indivíduo admitido nestes serviços de assistência, e em especial na parte económica, tenha capacidade e idoneidade moral completas”<sup>750</sup>.

De Agosto de 1942, encontrámos outra missiva assinada pela “alma vicentina” dirigida a Salazar, intitulada *Exposição sobre as dificuldades na assistência aos*

---

<sup>748</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN-9 A, pt. 15.

<sup>749</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN-9 A, pt. 15.

<sup>750</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN-9 A, pt. 15.

*pobrezinhos*. A carta era dirigida ao presidente do Conselho, pois o subsecretário de Estado da Assistência Social, Diniz da Fonseca, não se mostrara disponível. Nessa missiva, era elaborada uma questão retórica: “hoje a revolução social é um facto palpável em que Portugal não está na retaguarda. Será lícito praticar caridade como se fazia na época de Frederico Ozanan?”<sup>751</sup>. A *Sociedade São Vicente de Paulo*<sup>752</sup> declarava-se expressamente contra a caridade veiculada pelo Estado, pois ela mostrava-se “improficua, quer religiosa quer socialmente. [Através dela] nem se encaminham almas nem se acalmam revoltas”<sup>753</sup>. Para esta organização religiosa, a assistência social era, dentro de uma nação, um dos problemas mais graves, reflectindo-se no povo as “perversidades ou nobrezas dos seus dirigentes”<sup>754</sup>.

Como o mesmo autor questionava, “devemos nós limitar o nosso esforço à insuficiente esmolinha que nem uma refeição mitigará, visto que organismos depauperados dificilmente se refazem?”<sup>755</sup>. Esta é uma clara crítica à assistência baseada na caridade e na esmola. Por tal, o autor voltava a questionar: “podemos em qualquer cruzada de Acção Social, pública ou particular, laica ou religiosa, até mesmo vicentina no espírito de sofrer com os pobrezinhos, podemos entrar com a esmola material e sair espiritualmente bem, com a alma dorida deixando os inocentinhos, uns

---

<sup>751</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN-9 A, pt. 15.

<sup>752</sup> **Sociedade São Vicente de Paulo**: em 1833, na cidade de Paris, um pequeno grupo de estudantes universitários juntaram-se numa Conferência de Caridade e resolveram praticar a caridade cristã. Estavam a fundar a maior obra de caridade de leigos, exercendo a sua actividade em mais de 71 países – a *Sociedade de São Vicente de Paulo*. Amar a Cristo no pobre, amor de pessoa para pessoa, a um tempo respeitoso e fraterno, nivelando diferenças de classes sociais, de educação, de raça e religião – eis a resposta desta sociedade. A *Sociedade São Vicente de Paulo* apareceu, ainda, como uma ideia niveladora de classes, aproximando-as, procurando reunir pobres e ricos, sábios e ignorantes em volta do mesmo testemunho de Cristo. António Frederico Ozanan foi um dos grandes líderes desse movimento, letrado e jurista, nascido a 13 de Abril de 1813 e falecido a 8 Setembro de 1853, pioneiro da doutrina social de Leão XIII e Pio XI; professor de literatura da *Universidade de Paris*, aos 27 anos. Ozanan defendia a educação literária do povo, separada da educação religiosa. Por isso tentou abrir cursos para pobres, bibliotecas, aulas nocturnas, ocupação de horas livres ou de folga laboral. Em Portugal, graças ao impulso do Padre Sena Freitas e Emilio Miel, fundou-se em 27 de Setembro de 1859, na Igreja de São Luis Rei de França, a 1ª conferência portuguesa que foi agregada ao Conselho Geral em 31 de Outubro do ano seguinte. Em 1875, fundou-se a 2ª Conferência, a de São Pedro, no Funchal, a seguir a de Braga e depois a do Porto. Em 1959, já existiam em Portugal 800 conferências e 9000 confrades, desenvolvendo-se concomitantemente a *Sociedade Feminina de São Vicente de Paulo*. A instituição do conselho superior de Portugal, em 1908 foi o primeiro passo para a coordenação do movimento. O apostolado vicentino espalhou-se por todo o Ultramar, como uma nova forma de evangelização e de solidariedade humana, a cultivar e a desenvolver: Angola, Dili, Índia portuguesa, Singapura. Construiu albergues para inválidos, sopas económicas, escolas infantis. Durante a I República, muitas conferências foram forçadas a suspender a sua actividade e outras obrigadas à extinção. Vide [SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO] - *Sociedade São Vicente de Paulo em Portugal*. Porto, [s.n.], 1961.

<sup>753</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN-9 A, pt. 15.

<sup>754</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN-9 A, pt. 15.

<sup>755</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN-9 A, pt. 15.

na promiscuidade de tuberculosos, sem casas sem ar nem luz; outros, em antros ainda mais imundos onde habita o contágio do corpo e da alma?”<sup>756</sup>. Nesse sentido, a “alma vicentina” defendia uma reforma rápida da assistência, pois se assim não fosse, se não existisse uma barreira a sustentar a tuberculose “é mais certo que quando os hospitais forem uma realidade já não chegarão para os doentes, nem para as moléstias”<sup>757</sup>.

Relativamente à questão hospitalar, a “alma vicentina”, compreendia que “os hospitais são para curar e não para morrer”, mas aconselhava a criação de “casas de sofrer e bem morrer”, uma clara alusão à necessidade de cuidados paliativos. Contudo, apesar da sua opinião extremamente crítica à política assistencial de Salazar, era seu desejo final que “os enfermos achem protecção, que as criancinhas encontrem abrigos e preventórios, ainda que para tal os pais ou famílias concorram monetariamente na medida das suas possibilidades”<sup>758</sup>. De facto, a par das misericórdias, esta sociedade seria considerada uma importante organização assistencial portuguesa. Verificava-se, pois, a existência de um “dualismo português assistencial cristão: Sociedade Vicentina e Santa Misericórdia são os dois braços com que a Caridade Nacional abraça aos pobres e a Cristo”<sup>759</sup>. Conforme podemos encontrar numa tese defendida no *III Congresso da União Nacional*, em 1951, as *Conferências São Vicente de Paulo* eram consideradas as “colaboradoras espirituais” das misericórdias<sup>760</sup>.

#### **2.5.1.1. A Acção Reivindicativa da CÁRITAS**

Como já observámos, a partir dos anos cinquenta, a CÁRITAS passava a ser uma organização ligada à Igreja Católica. Na verdade, durante a década de cinquenta e de sessenta, a presidente da instituição, Fernanda Jardim, manteria correspondência com Salazar, reivindicando, sempre que possível, a sua ajuda para a sobrevivência daquela organização. Em 1955, escrevia ao presidente do Conselho, lamentando já não ter saúde

---

<sup>756</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN-9 A, pt. 15.

<sup>757</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN-9 A, pt. 15.

<sup>758</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN-9 A, pt. 15.

<sup>759</sup> Cf. PINA, Luis de - Os Ozanam na História da Medicina e da Caridade». In *Sociedade São Vicente de Paulo em Portugal*. Porto, [s.n.], 1961, p. 110.

<sup>760</sup> Cf. GONÇALVES, Horácio Assis – Esboço de uma Obra de Assistência Social. In *III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 7.



para esmolar à porta dos amigos, como até ali havia feito, não sabendo como fazer face às despesas<sup>761</sup>.

A acção da CÁRITAS, não se fazia apenas sentir no território continental de Portugal, prestando também assistência nos territórios ultramarinos. Com o início da Guerra Colonial, esta instituição, como outras que operavam no território continental e colonial, como seria o caso da *Cruz Vermelha*, sentiram uma maior pressão assistencial. Estas duas instituições, em 1961, tomaram a cargo a assistência às vítimas da guerra em Angola, e aos deslocados portugueses no ex-Congo Belga, com o apoio implícito do presidente do Conselho, através do *Ministério do Ultramar*<sup>762</sup>.

Também no território continental, observou-se o auxílio da CÁRITAS, durante os anos sessenta, através do governo americano, com um programa de distribuição de alimentos às pessoas mais carenciadas. De 3 de Julho de 1962, datava uma carta do ministro da Saúde e Assistência, Martins de Carvalho, a Oliveira Salazar, onde o primeiro lembrava o presidente do Conselho, do interesse no alargamento da colaboração do Estado com a CÁRITAS. Da mesma forma, Martins de Carvalho mostrava preocupação com a actuação do *Ministério das Finanças*, que se eximia em contribuir com 10.000 contos anuais para aquela instituição, à margem do compromisso que com ela mantinha<sup>763</sup>.

Ainda em 1963, Fernanda Jardim, presidente daquela instituição, protagonizou um incidente diplomático, na tentativa de auxiliar os desalojados da ponte sobre o Tejo. Adjudicada à empresa norte-americana *United States Steel Export Company*, a construção da ponte originou a demolição e espoliação de um conjunto de habitações mediante um parco pagamento, “alguma coisa” como diria a presidente da CÁRITAS. Contudo, adiantava, “alguma coisa não é pôr termo à miséria e sofrimento onde quer que exista, mas ajudar a criar nova miséria e novo sofrimento”<sup>764</sup>. Podemos, pois, depreender as parcas compensações atribuídas aos desalojados que, passariam a habitar algumas barracas sem condições junto ao estaleiro.

---

<sup>761</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, IN – 2B, cx. 309, pt. 3.

<sup>762</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, PC-81 B, cx. 654, pt. 3.

<sup>763</sup> Cf. Carta de Martins de Carvalho ao Presidente do Conselho (Lisboa, 3 Julho 1962). In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/PC-76, pt. 4.

<sup>764</sup> Cf. Carta de Fernanda Jardim ao Embaixador dos E.U.A. (29 de Novembro 1963). In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/PC-76, pt. 4.

Fernanda Jardim preocupava-se com estas pessoas, habitando em barracas, consentidas pela *Câmara Municipal de Lisboa*, “a maior parte não tem madeira, não tem telha, dorme com o guarda-chuva aberto para se acolher e recolher da chuva. Pobre gente!”<sup>765</sup>. Por tal, a presidente da CÁRITAS enviou uma carta ao embaixador dos E.U.A., a 29 de Novembro de 1963. Esta missiva seria remetida poucos dias após a morte do presidente Kennedy, na altura do Dia de Acção de Graças. O seu objectivo era pedir “um grande favor em nome da CÁRITAS portuguesa”. Relembrando as palavras do presidente Kennedy de “paz e justiça para todos os homens e Nações e termo para a miséria e o sofrimento onde quer que exista”<sup>766</sup>, Fernanda Jardim pedia casas, um bairro novo para alojar os desalojados da ponte sobre o Tejo.

De 16 de Janeiro de 1964 data nova carta de Fernanda Jardim ao presidente do Conselho. Nessa missiva, desculpava-se por não ter avisado Salazar antes de escrever ao embaixador americano. Mais uma vez, a presidente da CÁRITAS chamava a atenção do chefe do governo para “o problema cruciente daqueles e de tantos outros pobrezinhos que nesta inverno tentam dormir ao frio e encharcados por falta de casas”<sup>767</sup>, referindo-se aos desalojados da ponte sobre o Tejo. Adiantava ainda que “este estado de miséria é grave, compreendo que SEMPRE tem de haver pobres, mas MISÉRIA daquela... e devida ao progresso e bem-estar de outros, pode ser realmente muito grave”<sup>768</sup>.

Na verdade, durante os anos sessenta, a CÁRITAS, apesar de a sua actividade ser considerada como essencial, começava a tornar-se incómoda para o regime. Prova disso seria o início da sujeição a censura prévia do jornal desta organização, também intitulado “CÁRITAS”. Desde 1958, havia sido autorizada a publicação deste periódico, com dispensa de censura prévia e de qualquer outra formalidade. Contudo, “em virtude do comportamento do jornal”, a partir de 1966, passou a ser sujeito ao lápis azul da censura, “tendo-se informado verbalmente dos motivos que levaram estes serviços à decisão tomada”<sup>769</sup>.

Através da análise dos excertos de textos censurados naquela publicação, percebemos aquilo que não agradava ao regime. Ao Estado Novo não agradava a ajuda

---

<sup>765</sup> Cf. Carta de Fernanda Jardim ao Embaixador dos E.U.A. (29 de Novembro 1963).

<sup>766</sup> Ibidem.

<sup>767</sup> Cf. Carta de Fernanda Jardim ao Presidente do Conselho (16 de Janeiro de 1964). In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/PC-76, pt. 4. Sublinhado conforme o original.

<sup>768</sup> Ibidem. Maiúsculas e Sublinhado conforme o original.

<sup>769</sup> Cf. Carta da Direcção dos Serviços de Censura, assinada pelo seu director interino (Lisboa, 25 Fevereiro 1966). In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, PC-57, cx. 689, pt. 37.

da CÁRITAS portuguesa, através da CÁRITAS internacional, a favor do Vietname, durante a guerra. Por tal, seria censurado o seguinte excerto, que apelava à contribuição dos portugueses para essa causa: “a CÁRITAS portuguesa, ao mesmo tempo que oferece a quantia de 1000 dólares para esse fim, secunda com todo o entusiasmo e esperança este apelo da CÁRITAS Internacional em favor do Vietnam, pedindo às boas almas do nosso Portugal um generoso donativo para as vítimas de guerra naquele país”<sup>770</sup>.

Contudo, não era apenas o auxílio às vítimas vietnamitas que preocupava o Estado Novo. Ao regime não agradava os vários passos da publicação, onde a CÁRITAS agradecia ao povo americano o envio de roupas e alimentos para os pobres portugueses. A CÁRITAS portuguesa, segundo a publicação, assistia a cerca de 500 000 pessoas necessitadas (pobres e indigentes) fazendo-o na enorme maioria dos casos por intermédio das paróquias, instituições de caridade, de beneficência, assistência social, institutos de ensino preparatório, escolas, cantinas, colónias de férias, principalmente sob duas formas: roupas e géneros alimentícios. Estes, “há alguns anos são graciosamente oferecidos pelo povo do EUA, através da *Catholic Relief Services*, associada com a *National Catholic Welfare Conference*, como o faz também a mais de setenta países do Mundo”<sup>771</sup>. Este último passo seria censurado pelo regime.

Todos os passos referentes à generosidade e às ofertas do povo americano seriam censuradas pelo regime, bem como várias imagens que mostravam a descarga dos bens vindos da América no porto de Lisboa. O seguinte passo, também seria censurado e retirado da publicação: “continua pois a CÁRITAS Portuguesa a derramar pelo país atingindo os mais recônditos povoados e as aldeias mais sertanejas, os géneros alimentícios que o povo norte-americano, através do *National Catholic Welfare Conference*, periodicamente nos remete com destino aos portugueses necessitados. Esses alimentos que a generosidade do povo americano continua a canalizar mensalmente para o nosso país, são bem «o pão de cada dia» das populações assistidas que, de outro modo, sofreriam muito maiores dificuldades”<sup>772</sup>.

---

<sup>770</sup> Cf. Jornal da CÁRITAS, com partes censuradas sublinhadas, n.º. 16/17 Dezembro/Janeiro (1965-1966). In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, PC-57, cx. 689, pt. 37.

<sup>771</sup> Cf. Jornal da CÁRITAS, com partes censuradas sublinhadas, n.º. 16/17 Dezembro/Janeiro (1965-1966).

<sup>772</sup> Ibidem.

O excerto anterior demonstra-nos claramente que, para além do auxílio americano a Portugal, ao regime também incomodava a divulgação da miséria e da pobreza que se faziam sentir no país e que a CÁRITAS tão bem conhecia. Tal é perfeitamente observável na censura a uma fotografia de um bairro de lata, com a seguinte legenda: “será isto habitação digna de filhos de Deus?”. É também observável na censura ao passo que, no fundo, resumia as funções daquela organização: “a CÁRITAS possui a grandiosa e divina tarefa de socorrer os milhares de necessitados que por esse Portugal fora sofrem fome, frio, doenças, misérias morais”<sup>773</sup>.

### **2.5.2. A Classe Médica: um Grupo de Pressão.**

Seria na segunda metade do século XIX, que a profissão médica, em Portugal, a par com o que passava nos restantes países europeus, conheceria um sólido movimento de cientificização, em muito estimulado pelas descobertas de Pasteur, por novos horizontes técnicos e metodológicos e por novas formas de pensamento, constituindo o positivismo uma influência incontornável. Com a criação das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto conhecia-se um “renascimento da medicina nacional”, acumulando prerrogativas semelhantes às da universidade, com excepção da atribuição do grau académico<sup>774</sup>. Contudo, desde o período liberal, esta profissão era marcada por uma clara autonomia e individualidade na relação médico/doente, à qual era estranha uma actuação conjunta e uma intrínseca matriz social que não lhe podia ser indissociada.

Em termos organizativos, foi em 1898 que seria criada a *Associação dos Médicos Portugueses*, por um grupo de profissionais da capital, no sentido de defenderem os seus membros em questões de relações laborais com as diferentes instituições<sup>775</sup>. Note-se que o desenvolvimento das estruturas sanitárias na segunda metade do século XIX, nomeadamente dos hospitais, beneficiava o desenvolvimento específico da profissão,

---

<sup>773</sup> Cf. Jornal da CÁRITAS, com partes censuradas sublinhadas, n.º. 16/17 Dezembro/Janeiro (1965-1966).

<sup>774</sup> Cf. PINA, Luís de – Medicina e Médicos. In SERRÃO, Joel [dir.] – *Dicionário de História de Portugal*. Vol. IV, Porto: Figueirinhas, 1981, p. 243.

<sup>775</sup> Cf. MACHADO MACEDO, M. E. – Ordem dos Médicos. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*. Vol. VIII, Suplemento F/O, Porto: Figueirinhas, 1999, p. 648-649.

tornando-a mais poderosa, na medida da natureza dos serviços prestados a uma massa populacional cada vez mais necessitada de assistência sanitária<sup>776</sup>.

Contudo, seriam necessários quarenta anos para nascer aquela que seria a instituição representativa, por excelência, de todos os médicos nacionais, até aos dias de hoje. Em Novembro de 1938, seria criado o *Sindicato Nacional dos Médicos*, que tomaria o nome de *Ordem dos Médicos*. A sua actividade era de âmbito nacional, colaborante com o Estado, com o I.N.T.P., e com “respeito absoluto com os interesses da Nação”<sup>777</sup>. Devido a esta última premissa, seria vedada a filiação desta organização em quaisquer organismos ou congressos de carácter internacional. A Ordem era obrigada a repudiar simultaneamente “a luta de classes e o predomínio das plutocracias”<sup>778</sup>. Considerada um organismo de utilidade pública, esta organização tinha por fim o estudo e a defesa dos interesses profissionais, ao nível moral, económico e social, passando a prática legal do exercício da medicina a estar dependente de uma inscrição obrigatória na mesma. Sob a sua regulamentação ficariam essencialmente os médicos que exerciam a medicina enquanto profissão liberal.

Em Julho de 1942, foi publicado mais um importante diploma no seio desta actividade profissional. O Decreto-Lei nº. 32171, também conhecido como *Lei do Exercício da Medicina*, esclarecia vários aspectos do desempenho da profissão. A legislação sublinhava, mais uma vez, a permissão única do exercício da medicina a pessoas legalmente habilitadas e inscritas na *Ordem dos Médicos*, sendo a sua infracção sujeita a multa. Da mesma forma, previa graves penalizações para todos aqueles que, sem qualquer título ou preparação oficiais tentassem exercer aquela profissão, protegendo os verdadeiros profissionais. A mesma legislação definia a cooperação dos profissionais com os serviços sanitários, para a defesa da saúde pública, a punição da revelação do segredo profissional, bem como a publicidade a fármacos ou quaisquer outros métodos de tratamento e a penalização dos profissionais em caso de erro ou negligência médica<sup>779</sup>.

---

<sup>776</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 168.

<sup>777</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 29171. *Diário do Governo. I Série.* 273 (1938-11-24), p. 1530.

<sup>778</sup> *Ibidem*, p. 1531.

<sup>779</sup> *Ibidem*, p. 992-993.

Ordem dos Médicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer as funções políticas conferidas pela Constituição aos organismos corporativos;</li> <li>• Dar parecer aos organismos corporativos de grau superior ou ao Estado sobre as necessidades da profissão, de modo a promover o seu aperfeiçoamento, bem como sobre as condições económicas e sociais dos associados e a higiene e segurança dos locais de trabalho;</li> <li>• Contribuir para o desenvolvimento da cultura médica e para o aperfeiçoamento das instituições de assistência;</li> <li>• Assegurar boas normas de procedimentos profissionais, exercendo jurisdição disciplinar sobre médicos;</li> <li>• Promover a manutenção de um alto nível moral e profissional dos seus membros;</li> <li>• Velar pela execução das leis e regulamentos relativos à profissão, procedendo judicialmente contra quem os exerça ilegalmente;</li> <li>• Estudo e execução de medidas de fiscalização aos serviços das instituições de previdência, seguradoras ou outras que prestem assistência na doença, bem como a regulamentação dos honorários dos médicos com serviços destes a seu cargo;</li> <li>• Criar e manter instituições de previdência e assistência em favor dos seus membros e das suas famílias;</li> <li>• Promover a regulamentação dos honorários clínicos e intervir na sua fixação, quando solicitada pelos interessados;</li> <li>• Organizar o quadro geral dos médicos habilitados a exercer medicina, a grande cirurgia e os especialistas;</li> <li>• Elaborar os regulamentos necessários ao bom funcionamento dos serviços.</li> </ul>

**Tab. 13:** Principais funções e prerrogativas da *Ordem dos Médicos*, através do Decreto-Lei nº. 29171 (1938).

Com a publicação desta legislação, o Estado parecia começar a preocupar-se com o recurso de uma grande camada da população a um conjunto de “curiosos”, sem qualquer tipo de preparação para a administração de cuidados de saúde mas que, na verdade, colmatavam a procura e as necessidades de uma camada populacional que não tinha posses para pagar os tratamentos da medicina convencional, desempenhada essencialmente em regime liberal. Da mesma forma, este decreto era prova de um proteccionismo, de um dirigismo estatal face ao exercício da profissão médica.

Se, por um lado, no início dos anos quarenta, a grande maioria dos médicos exercia a prática liberal da profissão, direcionada para quem podia pagar os seus serviços, alguns destes profissionais desempenhavam, de forma praticamente voluntária, a sua actividade em algumas misericórdias. Durante esta época, grande parte dos médicos a laborar nos hospitais das misericórdias, em quantidade bastante reduzida para as necessidades, trabalhava gratuitamente ou quase, recebendo apenas simples

gratificações<sup>780</sup>. Contudo, esta era uma forma de estes profissionais se tornarem conhecidos no seio das populações rurais que, quando podiam, requisitavam os seus serviços privados.

A vida dos médicos nos meios rurais não era fácil. As câmaras municipais tinham grandes dificuldades no pagamento dos salários dos seus profissionais, já de si bastante reduzidos<sup>781</sup>. Estes recursos humanos, sempre escassos, viam-se na contingência de assistir a uma população dispersa por uma vasta área geográfica, obrigando a grandes e dispendiosas deslocações, em redes viárias extremamente deficitárias.

Contudo, nos meios urbanos, no seio dos organismos oficiais, a remuneração dos médicos era, também, bastante parca. O seu salário era bastante reduzido e extremamente variável, de acordo com o aperfeiçoamento profissional proporcionado pelos serviços aos profissionais. Também os internatos proporcionavam magros vencimentos aos clínicos, problema ao qual se acumulava o difícil acesso às carreiras hospitalares e às especialidades, sobretudo nos *Hospitais Civis de Lisboa*, bem como um claro tráfico de influências no acesso à carreira docente. Observava-se, pois, a ausência de uma uniformidade de carácter profissional, recusando-se o Estado a implementar uma tabela salarial fixa para a classe, fomentando o exercício liberal da profissão. Na verdade, os médicos portugueses eram dos profissionais da área mais mal pagos da Europa<sup>782</sup>.

A carreira de saúde pública, constituída pelos delegados e subdelegados de saúde, era pouco sedutora para a grande maioria dos médicos, parecendo-lhes uma “forma semi-burocrática da profissão”, mais preocupada em elaborar estatísticas, mapas e a execução de algumas funções de policiamento. O lugar de subdelegado de saúde era apetecido, mas essencialmente pelo prestígio social que conferia e menos pelo gosto pessoal e pelo magro vencimento auferido. Da mesma forma, a profusão de tarefas que lhe eram incumbidas eram praticamente impossíveis de serem realizadas com sucesso. Os subdelegados reuniam ainda as funções de médicos municipais e a clínica livre, de

---

<sup>780</sup> Cf. Valor e Atribuição das Misericórdias Actuais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 4/5, Junho/Julho 1943, p. 208.

<sup>781</sup> Cf. PINHO, Bernardino de – *Defesa Sanitária: Princípios, Realizações e Efeitos*, p. 44.

<sup>782</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 106-107.

onde lhe advinham a maior parte dos seus rendimentos, compensando o fraco salário atribuído pelo Estado<sup>783</sup>.

Em 1945, a carreira médica era classificada em três classes: a de clínico geral, cirurgião geral e especialista. Existiam, ainda as subespecializações do clínico geral / internista e do cirurgião geral. Durante esta época, a clínica geral estava bem dividida entre a autêntica e a medicina interna. Na província, o clínico geral fazia partos, arrancava dentes... Somente os casos mais graves eram transportados para os hospitais. Nas grandes cidades, o clínico geral dedicava-se exclusivamente à medicina interna e tomava a designação de “internista”. Estes internistas possuíam várias subespecializações: cardiologia, pneumotisiologia, gastroenterologia, diabetologia, endocrinologia e malariologia. Também os cirurgiões gerais possuíam subespecializações: traumatologia/ortopedia, urologia, cirurgia torácica, neurocirurgia e cirurgia vascular. Nos *Hospitais Cívicos de Lisboa*, as carreiras médicas eram divididas em três categorias: internato geral e complementar (para a qual abriam duros concursos com reduzidos números *clausus*), assistente dos *Hospitais Cívicos de Lisboa* (uma ímpar carreira no país, assumida por uma minoria de grande qualidade), e a carreira docente<sup>784</sup>.

O ano de 1946 marca, talvez, o início de uma atitude contestária mais formal de alguns médicos face às políticas sanitárias assumidas pelo regime. Nesse ano, seria iniciada a discussão relativa à divisão do país em termos de assistência hospitalar. Face à assunção desta nova medida, observaram-se algumas críticas por parte de alguns médicos, prontamente desprezadas pelo governo. Alguns profissionais faziam sentir que o programa de construções hospitalares não poderia desenvolver-se da melhor forma sem o colmatar das múltiplas deficiências estruturais do sistema de saúde. Contudo, o regime minimizava as suas considerações, levadas para o simples plano da contenda pessoal e da luta por uma melhor posição laboral<sup>785</sup>.

---

<sup>783</sup> Cf. MILLER GUERRA, J. e TOMÉ, F. – A profissão médica e os problemas da saúde e da assistência. In INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – *Análise Social* [Em Linha] [Consult. 11 Janeiro 2015]. Disponível em WWW: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224163517Y8mPQ8th7Nr46VF4.pdf>.

<sup>784</sup> Cf. LISBOA, Pedro Eurico – *Relance sobre a História da Medicina Contemporânea: o último meio-século testemunhado inserido na ciência do tempo*. Lisboa: LIDEL, 2007, p. 45.

<sup>785</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 102.



Ainda nos finais da década de quarenta, estalava a polémica, envolvendo Francisco Pulido Valente<sup>786</sup>. O médico, após ter perdido a sua cátedra e ter sido compulsivamente aposentado por ser considerado “desafecto” ao regime, dava uma entrevista ao *Diário de Lisboa*, onde criticava a política de saúde levada a cabo por Salazar, pondo em causa algumas afirmações de Trigo de Negreiros, proferidas no *II Congresso da União Nacional*. O professor era extremamente crítico relativamente às doenças infecciosas. No respeitante à varíola, o professor considerava que o decréscimo de mortalidade por esta doença se devia, essencialmente, ao emprego de novos agentes terapêuticos e não apenas à eficiência dos meios sanitários do Estado<sup>787</sup>.

O professor considerava que a prevalência do tifo, em Portugal, “uma doença da miséria”, era devida a uma manutenção do baixo nível de vida das populações e das suas condições higiénicas gerais. O mesmo acontecia com o tracoma, uma “endemia das regiões mais sórdidas do mundo”<sup>788</sup>. Quanto à sífilis, o professor não concordava com um decréscimo da mortalidade devida a esta doença, pois a grande maioria dos óbitos por sífilis iam parar a outras rubricas do *Anuário Demográfico*, e o diagnóstico era utilizado abusivamente, sobretudo em certas regiões do país. No que era relativo à mortalidade infantil, criticava os números apontados pelo subsecretário de Estado da Assistência Social, comparando-os com as demais realidades europeias e provando o nosso atraso face aos restantes países europeus.

O médico denunciava, ainda, a falta de camas na luta contra a tuberculose, observando que os hospitais nada tinham melhorado em 25 anos. É, da mesma forma, crítico quanto ao acesso aos cuidados de saúde, sublinhando que um trabalhador raramente conseguiria pagar do seu bolso a sua hospitalização, restando aos hospitais

---

<sup>786</sup> **Francisco Pulido Valente (1884-1963):** médico e professor da *Faculdade de Medicina de Lisboa*. Defendeu tese em 1909 e, em 1911, foi nomeado médico efectivo dos *Hospitais Cíveis de Lisboa*. Especializou-se no estudo de doenças nervosas e Clínica Geral. Durante a Grande Guerra foi mobilizado para França. Regressando a Portugal, reassumiu as funções anteriormente prestadas, ascendendo a professor catedrático e regendo a cadeira de “Clínica Médica”. Representou Portugal em diversos congressos científicos e foi premiado por diversos trabalhos. Assumidamente republicano, sempre viveu afastado da vida política militante. Em Junho de 1947, por determinação do Conselho de Ministros, foi-lhe retirada a cátedra por ser considerado desafecto à política do Estado Novo. Em Agosto do mesmo ano, foi colocado na inactividade permanente e, em Março do ano seguinte seria decretada a sua aposentação compulsiva. Em 1958, aceitou o convite do General Humberto Delgado para fazer parte da Comissão de Honra da sua candidatura. Cf. VALENTE, Francisco Pulido. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*, Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.], vol. XXXV, p. 348.

<sup>787</sup> Cf. O Subsecretário da Assistência responde às considerações do Professor Pulido Valente. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º 71/73, Janeiro/Março, 1949, p. 123.

<sup>788</sup> Cf. O Subsecretário da Assistência responde às considerações do Professor Pulido Valente, p.123.

apenas os indigentes, que podiam ocupar as suas camas sem pagamento. O médico punha, dessa forma, em causa, todo o sistema de assistência.

Tais declarações mereceram rápida resposta de Trigo de Negreiros no *Boletim da Assistência Social*, ainda que pouco consistente, utilizando argumentos pouco esclarecedores. O subsecretário de Estado da Assistência Social defendia-se, declarando que o médico negava-se a discutir a situação hospitalar do país e a evolução do ensino médico. Defendia que, em vez de tomar a posição de ofendido, era preferível que o professor discutisse o assunto com os seus pares. Contudo, segundo Trigo de Negreiros, grande parte dos médicos não perfilhava o seu ponto de vista, referindo até, uma crítica a ele dirigida por Egas Moniz<sup>789</sup>, aludindo a outros médicos comprometidos com o Estado Novo.

Na verdade, Pulido Valente fazia parte de um grupo de médicos que sofreram perseguições políticas e foram afastados dos seus corpos docentes, como seria também o caso de Fernando da Fonseca. Rui Pinto Costa aponta a existência de uma politização da classe médica desde 1946, quando se deu a criação dos serviços médico-sociais. O acesso a este sistema e às suas carreiras era directamente influenciado pela actividade política. Contudo, também no que era referente ao acesso ao sistema e às carreiras dos *Hospitais Cívicos de Lisboa* e da docência se observava a intervenção do governo na politização dos concursos. Era, de facto, o poder político que controlava os cargos mais importantes ligados ao sector da saúde<sup>790</sup>.

Os médicos começavam a reivindicar um novo panorama para a sua prática profissional. No *III Congresso da União Nacional*, o médico Constantino Carneiro e Freitas apresentou uma tese, onde punha a nu os principais problemas da profissão, revelando um claro apoio da *Ordem dos Médicos* na sua análise. Segundo ele, a classe passava por uma grave crise, que originava um estado de alarme e de verdadeiro mal-estar entre a sociedade, incompreendidos os merecimentos da profissão e do valor da sua colaboração para a organização corporativa e social da Nação<sup>791</sup>.

---

<sup>789</sup> Cf. O Subsecretário da Assistência responde às considerações do Professor Pulido Valente, p.123.

<sup>790</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 105.

<sup>791</sup> Cf. CARNEIRO E FREITAS, Constantino – A classe médica perante a organização corporativa: Breves considerações sobre alguns problemas. In *III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 78.

Constantino Carneiro e Freitas discordava com o governo quando este apontava a existência de uma pletora médica, isto é, de um número excessivo de médicos em relação às necessidades sociais. O médico desmontava esta afirmação do regime, comparando o rácio do número de médicos por habitantes existentes em Portugal e em outros países como a Espanha, a Inglaterra e os Estados Unidos. O clínico concordava, contudo, que a sua distribuição era defeituosa. Um dos maiores males atribuídos à prática da profissão era, segundo ele, a previdência, que apresentava um esquema de benefícios imperfeitos, exigindo um trabalho excessivo aos médicos e uma remuneração insuficiente. A previdência explorava, pois, o trabalho médico e, na sua opinião, deveria ser apenas limitada aos economicamente débeis e não a todos os trabalhadores e seus familiares abrangidos.

Como mãe de todos os males para a profissão médica, a previdência, na sua opinião, não deveria prestar serviços gratuitos, pois seriam desfavoráveis aos serviços médico-sociais e aos beneficiários, “contribuindo para o demérito da assistência, porque o que não custa não vale”<sup>792</sup>. O autor assumia que a extensão dos benefícios aos não economicamente débeis atentava contra os interesses legítimos da classe médica. O trabalho excessivo exigido aos médicos não contribuía para a qualidade dos serviços. Por outro lado, as insuficientes remunerações dos médicos não eram correspondentes à sua categoria social, aos interesses dos doentes e às conveniências gerais do sistema. O médico concluía que era justo que se proporcionasse à classe médica as convenientes regalias materiais e morais, de modo a colocarem-se os médicos no nível social devido, correspondente com a importância das suas funções e dos resultados que se pretendiam obter.

Rui Pinto Costa corrobora o facto de que a implementação da *Federação Nacional das Caixas de Previdência*, em 1947, foi alvo de várias discussões e preocupações no seio da *Ordem dos Médicos*. Na verdade, esta classe profissional sentia que não conseguia controlar a evolução da previdência e temia o desenvolvimento da então denominada “medicina social”. Este temor era compreensível no seio de uma classe que se centrava no exercício liberal da sua profissão, pelo menos desde o século XIX, quando conheceu alguma prosperidade<sup>793</sup>.

---

<sup>792</sup> Cf. CARNEIRO E FREITAS, Constantino – A classe médica perante a organização corporativa: Breves considerações sobre alguns problemas, p. 81.

<sup>793</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 177.

Para além disso, confundindo, muitas vezes, os termos “medicina social” e “socialização da medicina”, uma pequena mas significativa parte da classe médica apresentava reacções negativas às tendências internacionais a este nível. Essa parte da classe médica rejeitava as ideias políticas de pendor socialista<sup>794</sup>, que considerava verdadeiramente assustadoras e um atentado à profissão.

Prova da relação conturbada entre os médicos e a previdência social seria a carta, patente no *Fundo Oliveira Salazar*, do bastonário da *Ordem dos Médicos*, Manuel Cerqueira Gomes<sup>795</sup>, ao ministro das Corporações e Previdência Social, José Soares da Fonseca<sup>796</sup>, datada de 23 de Outubro de 1954. Nessa missiva, o bastonário avisava o ministro de que a relação dos médicos com a previdência social era um dos assuntos que mais preocupava as reuniões do conselho geral da Ordem. Por tal, pedia atenção para os problemas que considerava importantes para a vida dos médicos e da medicina portuguesa. Esses problemas centravam-se essencialmente, na natureza dos contratos entre os médicos e os serviços médico-sociais, as remunerações destes profissionais e a criação dos serviços permanentes<sup>797</sup>.

No relativo aos contratos com os Serviços Médico-Sociais, o bastonário considerava que não era justo que os médicos fossem despedidos como maus cumpridores dos seus deveres por uma simples determinação da Federação, sem apuramento de culpas através de processo disciplinar, ao contrário do que acontecia em Espanha. A Federação, por seu turno, possuía muitos médicos a trabalhar sem contrato nem vínculo jurídico que lhes defendessem direitos oficialmente reconhecidos. Muitas

---

<sup>794</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 177.

<sup>795</sup> **Manuel Cerqueira Gomes (1894-1973)**: médico e professor universitário. Licenciado em medicina pela *Universidade do Porto*, concluiu doutoramento na mesma universidade. Foi professor de clínica médica, patologia médica, semiótica médica e introduziu em Portugal a electrocardiografia. Foi bastonário da *Ordem dos Médicos* (1948-1956), passando posteriormente a professor catedrático. Foi procurador à *Câmara Corporativa*, membro da Comissão Central da *União Nacional* a convite de Salazar (1956) e vice-presidente da comissão consultiva da *União Nacional*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 156.

<sup>796</sup> **José Soares da Fonseca (1908-1969)**: advogado, político e administrador de empresas. Católico e monárquico, foi membro vitalício do Conselho de Estado, representante do Governo em diversas empresas, como a *Companhia Colonial de Navegação* ou o *Banco de Angola*, do qual foi vice-presidente do Conselho de Administração. Foi ministro das Corporações e Previdência Social (1950-1955), tendo sido presidente das conferências parlamentares dos países da NATO. Cf. COSTA PINTO, António; BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009. vol. V, p. 132.

<sup>797</sup> Cf. Carta do Bastonário da Ordem dos Médicos ao Ministro das Corporações e Previdência Social (Lisboa, 23 Outubro 1954). In ANTT - *Arquivo Oliveira Salazar*, CR -1, cx. 66, pt. 16.

vezes, propunham-lhes um contrato omissivo, fugindo a uma cláusula pedida e oficialmente aceite<sup>798</sup>.

Quanto à questão remuneratória, os médicos da Federação recebiam, segundo Manuel Cerqueira Gomes, quase metade do vencimento mensal dos médicos que trabalhavam nos postos. Por tal, propunha vencimentos fixos e não orientados pelo número de doentes e de consultas. Na sua opinião, dever-se-ia acordar, entre a *Ordem dos Médicos* e a Federação, uma tabela para a prestação de serviços. Outro dos problemas apontados estava relacionado com a implementação dos serviços permanentes. A Federação decidira montar um serviço permanente<sup>799</sup> nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. Contudo, segundo o bastonário, tal obra efectivara-se “em condições mais uma vez lesivas para os médicos”, dado que lhes era atribuída “uma remuneração injusta para indivíduos que gozaram de uma formatura tão dispendiosa”<sup>800</sup>.

O bastonário terminava a missiva, alertando que a crise da classe médica era extensa. Vinha aumentando, segundo ele, desde que a previdência havia instalado “o seu modo excepcional de prestar serviços médicos”. De gravidade especial se revestia a situação dos médicos acabados de formar, que não possuíam campo de trabalho. Manuel Cerqueira Gomes terminava com uma questão ao ministro: “porque não deve o seu ministério lançar os olhos sobre a classe médica, que tanto convém amparar, elevar, já que ela tem nas mãos um dos maiores valores nacionais, a saúde da população?”<sup>801</sup>. No *Fundo Oliveira Salazar* não encontramos, contudo, resposta do ministro a esta missiva.

Este tom reivindicativo é prova de que, apesar da fraca capacidade de intervenção política da Ordem, esta teve um papel preponderante enquanto agregadora da classe, na defesa dos seus interesses e da sua autonomia científica e tecnológica. Existia, na verdade, uma clara aproximação da Ordem ao regime político, como era comprovado na *Festa da Consagração da Medicina*, realizada em 1954, no sentido de exaltar a

---

<sup>798</sup> Cf. Carta do Bastonário da Ordem dos Médicos ao Ministro das Corporações e Previdência Social (Lisboa, 23 Outubro 1954).

<sup>799</sup> Os serviços permanentes foram implementados em 1954, pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família*, para a obtenção de assistência médica aos domingos e feriados, bem como nos períodos de encerramento dos postos. Seria implementado nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. Cf. ARQUIVO DO GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL – *Serviços Médico-Sociais Federação das Caixas de Previdência: Ordem de serviço / Despachos da Direcção* (27/05/1954).

<sup>800</sup> Cf. Carta do Bastonário da Ordem dos Médicos ao Ministro das Corporações e Previdência Social (Lisboa, 23 Outubro 1954).

<sup>801</sup> Cf. Carta do Bastonário da Ordem dos Médicos ao Ministro das Corporações e Previdência Social (Lisboa, 23 Outubro 1954).

profissão através do enaltecimento do percurso de alguns médicos<sup>802</sup>. A presença de altas figuras do Estado no certame, como o General Craveiro Lopes e Oliveira Salazar, seria a prova dessa convergência com o regime corporativo.

Em 1954, nascia novo contencioso entre a *Ordem dos Médicos* e o *Ministério das Corporações e Previdência Social*. A ocorrência registada estava ligada a um caso de infração do código deontológico da profissão pelo médico Custódio Frias Ferreira. Alvo de sanção disciplinar, o caso foi entregue à competência da *Direcção-Geral do Trabalho*, esvaziando, assim, a importância da Ordem enquanto organismo representativo da classe, minimizando também as suas funções de âmbito disciplinar. Com o aval do ministro das Corporações e Previdência Social, era posta em evidência a submissão da Ordem ao I.N.T.P. Segundo relatório da *Direcção-Geral do Trabalho*, os estatutos da Ordem apresentavam tais deficiências, que aconselhava uma reforma dos mesmos<sup>803</sup>.

A *Ordem dos Médicos* contestou esta decisão, apresentando ao ministro das Corporações e Previdência Social, Henrique Veiga de Macedo, um parecer assinado por um conjunto de juristas de renome, Afonso Rodrigues Queiró, Marcello Caetano e Adelino da Palma Carlos. Estes prestavam apoio jurídico incondicional ao órgão corporativo da classe médica, em detrimento do parecer da *Direcção-Geral do Trabalho*. Veiga de Macedo seria, pois, encarregado de proceder às conversações com a Ordem no tocante à reformulação dos seus estatutos<sup>804</sup>.

Em Junho de 1956 foram publicados os novos estatutos da Ordem, devido, segundo o diploma, à obsolescência dos anteriores. A solução para os problemas de ordem disciplinar encontraram uma conciliação entre as pretensões da Ordem e da *Direcção-Geral do Trabalho*. O julgamento das faltas disciplinares deviam competir aos membros da Ordem. Contudo, o presidente do Conselho Superior Disciplinar daquele organismo seria um juiz do *Supremo Tribunal Administrativo*. A Ordem continuava a conceder o título de especialista. A necessidade de manter e desenvolver as relações entre este organismo e os órgãos de saúde pública, as faculdades de medicina, a

---

<sup>802</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 178.

<sup>803</sup> Cf. MANSOS, Maria do Pilar – *Do plano de educação popular ao plano de formação social e corporativa. Henrique Veiga de Macedo, Subsecretário de Estado da Educação Nacional (1949-1955) e Ministro das Corporações e Previdência Social (1955-1961)*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Tese de doutoramento.

<sup>804</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 224-225.

assistência e a previdência eram também objectivo deste diploma. Contudo, observou-se a preocupação, por parte do regime, de não afectar a autonomia do organismo, dispensando o assento de um funcionário do Estado e de representantes dos ministérios envolvidos com poderes decisórios, no conselho geral da Ordem. Contudo, tinham assento nesse organismo, como adjuntos e com funções consultivas, médicos representantes dos Ministérios do Trabalho e Segurança Social, da Educação Nacional e do Interior<sup>805</sup>.

Através desta legislação, por solicitação da Ordem, passariam para o domínio da lei os preceitos de deontologia médica, que até então não possuíam a força legal para a ética do exercício da medicina. O novo estatuto definia e alargava as competências da Ordem, melhorando a constituição e funcionamento dos seus órgãos, defendendo os direitos dos médicos, dando dignidade à acção disciplinar, constituindo uma verdadeira carta dos deveres e dos direitos dos médicos portugueses, “um elemento valioso da organização corporativa”<sup>806</sup>.

Se até meados da década de 1950, a Ordem parecia estar em consonância com o regime, seria a partir de 1958, aproveitando o clima contestatário que se imporia face às eleições presidenciais, que a organização começou a desempenhar um papel mais activo e crítico na defesa das condições laborais dos médicos<sup>807</sup>. O artigo publicado no *Boletim da Assistência Social* por João Pedro Miller Guerra<sup>808</sup>, então dirigente da Ordem, parece resumir os problemas que afectavam, na generalidade, a profissão.

Um dos problemas apontados pelo neurologista era a evidente escassez de médicos e não o seu excesso, que o regime pretendia fazer crer. Conforme ditava o médico, “o que há é excesso de doentes sem médico”. Miller Guerra criticava os programas desenvolvidos pelo governo, como o relativo às construções hospitalares, que cuidavam das estruturas materiais, mas desligavam-se da preparação dos recursos humanos. A escassez dos médicos parecia ter origem na falta de interesse dos jovens pela carreira, mantendo-se o número de novos diplomados estacionário desde finais da

---

<sup>805</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 40651. *Diário do Governo, I Série*. 127 (1956-06-21), p. 1029.

<sup>806</sup> Ibidem, p. 1030.

<sup>807</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 111.

<sup>808</sup> **João Pedro Miller Guerra (1912-1993)**: médico e político. Nasceu em Vila Flor e cursou medicina na *Universidade de Coimbra*, seguindo depois para a Clínica Neurológica da *Faculdade de Medicina de Lisboa*, onde se tornou segundo assistente de Neurologia, especialidade em que se doutorou em 1952. Bastonário da Ordem dos Médicos, entre 1968 e 1970. Cf. MILLER GUERRA. In *Infopédia*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: [http://www.infopedia.pt/\\$miller-guerra](http://www.infopedia.pt/$miller-guerra)

década de 1930. Para além da escassez, era ainda apontada uma péssima distribuição dos clínicos pelo território, nomeadamente nas zonas rurais<sup>809</sup>.

Segundo Miller Guerra, o crescimento das necessidades médicas em Portugal e no mundo era assente em vários factores: o aumento demográfico, o desenvolvimento de meios de comunicação e transporte que facilitavam o acesso aos hospitais, o crescimento de serviços sanitários, a garantia do direito à saúde, o prestígio da medicina, a elevação do nível de vida das populações e do seu género de vida, o incremento do nível do conhecimentos médicos do público e o afinamento da percepção de sintomas mórbidos, bem como a diminuição da capacidade de sofrimento. Contudo, nos países mais evoluídos, à medida que se avolumavam as necessidades de saúde, cresciam também o número de novos profissionais com carreiras atraentes, bem remuneradas e com prestígio. Em Portugal, apesar das necessidades terem aumentado, o número de médicos mantinha-se constante há vinte anos, com carreiras pouco atraentes<sup>810</sup>.

Outro dos problemas apontados era a falta de médicos qualificados. O médico apontava para a importância da especialização do clínico geral, como ocorreria no Reino Unido. Na sua opinião, não deveriam existir médicos sem especialização, embora não houvesse organização hospitalar preparada para garantir o prolongamento da aprendizagem universitária. Por outro lado, observava-se um grave desinteresse dos novos médicos no seu aperfeiçoamento técnico, dado que a valorização profissional só muito secundariamente influenciava a sua remuneração. Os serviços de saúde pública, por seu turno, nunca tinham seduzido os médicos, que consideravam os sanitaristas à margem da vida médica, como uma forma burocrática da profissão. O tratamento cirúrgico proporcionava resultados mais remuneradores e mais visíveis. Miller Guerra considerava, contudo, os sanitaristas como as espinhas dorsais do sistema, sendo necessário dar garantias de carreira, retribuir os cargos e proporcionar meios de acção e ambiente moral<sup>811</sup>.

Resumidamente, Miller Guerra concluía que o país não possuía médicos nem em quantidade, nem em qualidade para as necessidades de uma política sanitária, tendo a

---

<sup>809</sup> Cf. MILLER GUERRA, João Pedro – A Política de Saúde. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 133/134, Julho/Dezembro, 1958, p. 165.

<sup>810</sup> IDEM - Ibidem, p. 167.

<sup>811</sup> IDEM - Ibidem, p. 168.



situação da época provocado uma insegurança profissional e económica na classe. Por seu turno, os serviços ressentiam-se da falta de médicos e enfermeiros, as molas reais do sistema. Na sua opinião, o panorama dos serviços médicos desconcertava pela incoordenação e indisciplina administrativas, que produziam serviços insuficientes, escassos ou inexistentes em extensas regiões do país e duplicados em outras tantas. Esta “justaposição anárquica dos sistemas” era edificada, segundo o autor, sobre o alicerce da clínica livre. O Estado ofereceria ocupações precárias, pressupondo que todo o sistema girava à volta da medicina enquanto profissão liberal, deixando à “medicina organizada” um papel marginal ou suplementar<sup>812</sup>.

Contudo, o panorama geral no acesso aos cuidados de saúde havia-se radicalmente alterado. Durante as primeiras décadas do regime, quem recorria aos hospitais eram os pobres. Contudo, naquele final dos anos cinquenta, estas estruturas eram frequentadas não só pelos pobres, mas também por aqueles que constituíam a antiga clientela do domicílio, dos consultórios e das casas de saúde, isto é, doentes de todas as classes e categorias. Nesse sentido, com o decréscimo da clínica livre concomitante a este cenário, os médicos eram compelidos a justapor lugares para viverem de pequenos vencimentos remunerados. Miller Guerra concluía, pois, que uma política de saúde verídica não poderia firmar-se na “clínica de pulso livre”<sup>813</sup>.

Analisando o periódico *O Médico*, podemos observar que o ano de 1958 seria profícuo em artigos reveladores dos problemas da classe. Em Janeiro desse ano, na coluna «Ecos e Comentários», Mário Cardia dedicava um artigo aos problemas dos jovens médicos, tendo em conta “a aflitiva situação em que se encontram na sua grande maioria”<sup>814</sup>, para que no futuro existisse uma razoável assistência na doença ao povo português. Entre 14 e 27 de Março desse ano, registou-se um ciclo de conferências na *Faculdade de Medicina de Lisboa*, intitulado “Os problemas da Medicina em Portugal”, organizado pela associação de estudantes daquela faculdade. Naquela iniciativa apoiada pelo bastonário, José da Silva Horta, foram debatidos vários temas como os problemas de estágio e preparação pós-universitária dos jovens médicos. Miller Guerra participaria com uma conferência intitulada “A socialização dos serviços médicos”. Contudo, uma

---

<sup>812</sup> Cf. MILLER GUERRA, João Pedro – A Política de Saúde, *op. cit.*, p. 170.

<sup>813</sup> IDEM - Ibidem, p. 173.

<sup>814</sup> CARDIA, Mário – Os médicos novos: os seus problemas, as suas dificuldades, os seus anseios. CARDIA, Mário [dir.] - *O Médico*, vol.VII, IX Ano, n.º. 33, 2 Janeiro (1958), p. 97-98.

das mais importantes comunicações seria a da autoria de António Galhordas<sup>815</sup>, intitulada “O acesso do recém-formado à vida prática”<sup>816</sup>. Por fim, Candido de Oliveira<sup>817</sup> abordaria os problemas da investigação médica em Portugal.

Gozando do clima contestatário que culminaria com o processo eleitoral de 1958, também a classe médica se organizaria, fomentada pela sua Ordem, promovendo um movimento profissional sem precedentes. Organizado por jovens médicos, os mais atingidos, ligados aos movimentos de esquerda, desde logo obteria a adesão de grande parte da classe<sup>818</sup>. Ao cabo de três anos de estudos e reuniões, seria publicado um documento intitulado *Relatório das Carreiras Médicas*, um compêndio sobre os principais problemas da saúde em Portugal, nesse início dos anos sessenta, e uma proposta de resolução dos mesmos, tendo sempre como fulcro a classe médica.

Este documento, por vezes considerado como influenciador na futura promulgação do *Serviço Nacional de Saúde*, foi na verdade um dos primeiros testemunhos da sua importância. Contudo, este era um documento de classe, que visava essencialmente responder a um período de crise profissional, económica e financeira da mesma. Nos finais da década de cinquenta, era cada vez maior o número de médicos sem meios de subsistência. Nos hospitais mantinham-se, há anos, os lugares para a colocação de médicos, que se acumulavam nas grandes cidades. Nos meios rurais, as condições económicas estagnavam, os serviços médicos da previdência desenvolviam-se irregularmente, sendo pouco atrativos para os profissionais. Por seu turno, na clínica

---

<sup>815</sup> **António do Carmo Galhordas (1932-2015):** nascido em Portel, licenciou-se em medicina pela *Universidade de Lisboa* em 1956, aderindo, no ano seguinte, à luta dos jovens médicos e, posteriormente, ao movimento que levou à redacção do *Relatório das Carreiras Médicas*, desenvolvido no seio da *Ordem dos Médicos*. A partir desse ano até 1974, fez parte dos corpos dirigentes da Ordem. Médico-cirurgião no *Hospital dos Capuchos*, foi um dos grandes impulsionadores dos *Serviços Médicos dos Bancários*. Foi secretário de Estado da Saúde no I Governo Provisório, indigitado pelo M.D.P., deputado, por aquele partido, na II Legislatura e presidente da *Assembleia Municipal de Portel*. Em 2001, aderiu formalmente ao P.C.P. Vide FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS – *Faleceu o Dr. António Galhordas*. [Em linha], [cons. 25 Novembro 2016]. Disponível em WWW: <http://www.fnam.pt/index.php/informacoes/154-faleceu-o-dr-antonio-galhordas>

<sup>816</sup> Cf. Os problemas da Medicina em Portugal: Ciclo de Conferências na Faculdade de Medicina de Lisboa. In CARDIA, Mário [dir.] – *O Médico*, vol. VIII, IX Ano, nº. 350, 15 de Maio (1958), p. 75-76.

<sup>817</sup> **João Candido da Silva Oliveira (1906-1991):** licenciado em medicina pela *Faculdade de Medicina de Lisboa*, era especialista em bacteriologia e parasitologia. Dedicou a sua carreira à prática, desenvolvimento e docência de bacteriologia. Foi envolvido num processo em que Salazar varreu a *Faculdade de Medicina de Lisboa*, havendo sido aposentado compulsivamente em 1947, sendo reintegrado no mesmo ano face à onda de protestos então levantada. Foi, ainda, director do *Instituto Câmara Pestana* (1966-1969) e director da *Faculdade de Medicina de Lisboa* (1970-1975). Vide Oliveira, João Cândido da Silva. In *Perfil Biográfico dos Professores Catedráticos da Faculdade de Medicina* [Em linha], [cons. 25 Novembro 2016]. Disponível em WWW: [http://memoria.ul.pt/index.php/Oliveira\\_Jo%C3%A3oC%C3%A1ndido\\_da\\_Silva](http://memoria.ul.pt/index.php/Oliveira_Jo%C3%A3oC%C3%A1ndido_da_Silva)

<sup>818</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 179.

privada, os rendimentos também escasseavam, em particular os dos jovens médicos que realizavam a clínica nos meios rurais, mais desfavorecidos<sup>819</sup>.

Este movimento convergiria na conclusão de que a única possibilidade de assegurar aos médicos as condições dignificantes, compatíveis com a sua formação e a sua actividade, seria a reorganização dos serviços de saúde com a criação de carreiras médicas, definidas por lei e tornados obrigatórias nos serviços. Estas carreiras implicavam uma reestruturação dos serviços, de forma a garantirem o alargamento dos quadros de colocação dos médicos<sup>820</sup>.

Miller Guerra, o relator do documento, em depoimento a Gonçalves Ferreira, narrou a situação dos médicos e dos doentes por volta de 1958, relatando-a de uma forma paradoxal. Por um lado, os médicos recém-formados que não tinham acesso nem aos hospitais, nem à clínica livre: “Os hospitais, encerrados hermeticamente nos seus velhos regulamentos e hábitos, limitavam o número de médicos internos a uma pequena porção. Ficavam excluídos da prática hospitalar dezenas de jovens licenciados, sujeitos a ocupar um efémero posto de voluntário”<sup>821</sup>. Por outro lado, milhares de portugueses, espalhados por todo o país, que não tinham acesso a cuidados médicos.

Até então, vigorava a tradição antiga, que considerava honroso para o jovem profissional trabalhar em certos serviços hospitalares sob a direcção de profissionais reputados. Era uma troca de serviços, na qual os hospitais facultavam o treino profissional em troca do trabalho voluntário do jovem médico, que ganhava a vida tratando doentes através da clínica privada. Contudo, em finais dos anos cinquenta, a conjuntura começava a alterar-se: o número de licenciados em medicina começava a aumentar e, do ponto de vista das mentalidades, começava-se a valorizar as necessidades de saúde da população. Era, de facto iníquo, como sublinhava Miller Guerra, existirem médicos desocupados e doentes sem assistência<sup>822</sup>.

Em Agosto de 1958, os médicos da secção regional de Lisboa da *Ordem dos Médicos*, reuniram-se numa assembleia, onde deliberaram nomear uma comissão encarregada de estudar e propor uma solução para esta situação. O então bastonário, Jorge da Silva Horta, tinha-se dedicado, nos anos anteriores, à realização de um

---

<sup>819</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 527.

<sup>820</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 528.

<sup>821</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 530.

<sup>822</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 529.

participado inquérito, que visava esclarecer as condições do trabalho médico, cujos resultados seriam expostos ao presidente do Conselho<sup>823</sup>.

Recolhendo todos estes elementos, em 1959, tal comissão apresentava o *Estudo da Carreira Médica*. Na verdade, desde o início este documento não foi consensual, existindo vozes dissonantes, no interior da Ordem, que o pretendiam ligar a uma intervenção política de esquerda<sup>824</sup>. Dissonâncias à parte, em 1961, no âmbito do Conselho Geral da *Ordem dos Médicos*, aprovado em assembleia geral, seria publicado o *Relatório das Carreiras Médicas*, assinado por Jorge da Silva Horta, Albertino da Costa Barros<sup>825</sup>, Albino Aroso<sup>826</sup>, António Fernandes da Fonseca<sup>827</sup>, António Galhordas, Mário Luís Mendes e João Pedro Miller Guerra. Segundo Rui Costa Pinto, estes autores denotavam, em parte, “tendências ideológicas de pendor socialista”<sup>828</sup>.

Este documento concluía que a medicina era exercida em cinco sectores desconectados: saúde pública, serviços médico-sociais das caixas de previdência, assistência, hospitais e clínica livre. O único elo que unia estes sectores era o médico, tendo uma função descoordenada, separada e sobrepondo-se em alguns dos casos.

---

<sup>823</sup> Cf. Relatório e Contas do Conselho Geral da Ordem dos Médicos e Exposição do Bastonário. In ORDEM DOS MÉDICOS – *Boletim da Ordem dos Médicos*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 8, Agosto 1962, p. 537.

<sup>824</sup> Cf. Rui Pinto Costa, *op. cit.*, p. 233.

<sup>825</sup> **Albertino da Costa Barros (1910-?)**: médico e professor. Licenciado em medicina pela *Universidade de Coimbra*, em 1933. Especialista em obstetrícia, ginecologia e pediatria. Leccionou na *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*, passando a catedrático de clínica obstétrica a partir de 1960. Vide FONTE, Barroso da [coord.] - *Dicionário dos Mais Ilustres Transmontanos e Alto Durienses*. Guimarães: Editora Cidade Berço, [s.d.], p. 98.

<sup>826</sup> **Albino Aroso (1923-2013)**: médico, professor universitário e político. Licenciado em medicina pela *Universidade do Porto*. Trabalhou largos anos no *Hospital de Santo António*, no Porto, onde chegou a subdirector clínico. Durante os anos sessenta, contribuiu para a instituição da *Associação de Planeamento Familiar*. Em 1969, passaria a ocupar o cargo de director do serviço de ginecologia do *Hospital de Santo António*, onde criou a primeira consulta pública de planeamento familiar. Foi secretário de Estado da Saúde (1976) e professor no *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*. Cf. UNIVERSIDADE DO PORTO – Antigos Estudantes Ilustres da Universidade do Porto. In *Memória da Universidade do Porto* [Em linha], [cons. 30 Março 2015]. Disponível em WWW: [https://sigarra.up.pt/up/pt/web\\_base.gera\\_pagina?p\\_pagina=antigos%20estudantes%20ilustres%20-%20albino%20aroso](https://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=antigos%20estudantes%20ilustres%20-%20albino%20aroso)

<sup>827</sup> **António Fernandes da Fonseca (1921 – 2014)**: médico. Licenciado em medicina pela *Universidade do Porto*, com estágio nos serviços de neurologia do *Hospital de Santo António* e nos *Hospitais Cívicos de Lisboa*. Em 1963 fundou o departamento de psiquiatria e saúde mental do *Hospital de São João*, tendo sido o seu primeiro director. Figura marcante da psiquiatria na segunda metade do século XX, com relações internacionais importantes e grande produção científica na área da psiquiatria, psicologia, sociologia e saúde mental. Cf. SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL – Faleceu António Fernandes da Fonseca. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL – *Comunicados* [Em linha], [cons. 30 Março 2015]. Disponível em WWW: <http://www.sppsm.org/faleceu-antonio-fernandes-da-fonseca/>

<sup>828</sup> Cf. Rui Pinto Costa, *op. cit.*, p. 185.

Impunha-se, pois uma coordenação de serviços, como medida médica, administrativa e económica<sup>829</sup>.

Conforme defendia Miller Guerra, a ideia de igualdade dominava a cena da política sanitária, embora o reconhecimento legal do “direito à saúde”, apesar de um grande avanço, mais não era do que “uma miragem diante dos olhos”. Após tantos anos a aprimorar a doutrina, era necessário passar à acção, através do estudo dos problemas sanitários concretos e das suas possíveis resoluções. Um dos claros problemas era a escassez de médicos e enfermeiros, em número insuficiente para empreender uma política sanitária realista. Eram necessárias a formação e a preparação técnica destes profissionais<sup>830</sup>.

O médico acreditava que só a sua classe previra as necessidades e a fraqueza dos programas que apenas cuidavam das estruturas materiais, sem cuidarem da preparação dos profissionais. A carência de técnicos, no nosso país, era enorme e devida à pequena mobilidade social que se fazia sentir. Portugal, como país essencialmente agrícola, com pequena absorção de técnicos, não conheceu um deslocamento em escala apreciável da população activa dos campos para o sector industrial, e deste, para o dos serviços<sup>831</sup>.

Por tal, Miller Guerra defendia que os médicos, cuja valorização profissional só muito secundariamente influenciava a forma como eram remunerados, reconheciam uma “funcionalização da medicina”, tornada sinónimo de “mediocridade profissional”<sup>832</sup>. A clínica livre era a principal fonte de rendimento dos médicos, que laboravam em serviços incoordenados e sem disciplina administrativa, dispersos e ineficazes<sup>833</sup>.

A discrepância, em termos assistenciais era, de tal forma, abismal, entre as populações urbanas e rurais, que o Relatório referia “parecerem constituir países sanitariamente independentes”. O imenso desnível era preocupante, dado que mais de metade da população laborava no campo. Contudo, o baixo nível de vida da população favorecia o reaparecimento das condições patogénicas, entregando a medicina nas mãos

---

<sup>829</sup> Cf. ORDEM DOS MÉDICOS – *Relatório sobre as Carreiras Médicas*. Lisboa: Ordem dos Médicos, 1961, p. 76.

<sup>830</sup> Cf. GUERRA, Miller – A Política de Saúde. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas*: 1959. Vol. III, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 98-118.

<sup>831</sup> IDEM - Ibidem, p. 99.

<sup>832</sup> IDEM - Ibidem, p. 108.

<sup>833</sup> IDEM - Ibidem, p. 113.

da miséria, as vidas que salvava, fechando um ciclo vicioso e infernal<sup>834</sup>. Em termos da assistência hospitalar, o documento era também bastante crítico, assinalando a deficiência crónica de todo o sistema, pela falência da sua coordenação, da incapacidade técnica e administrativa para o seu funcionamento.

Nesse sentido, o relatório propunha uma unidade de concepção, de direcção e de execução dos serviços de saúde. Estes deveriam ser integrados num sistema composto por uma unidade integradora primária – hospital sub-regional ou centro de saúde – e por unidades superiores diferenciadas – hospitais regionais e centrais. Da mesma forma, estes serviços deveriam satisfazer a universalidade da população, independentemente da posição económica ou social do doente<sup>835</sup>.

Em termos de carreiras, o *Relatório* propunha duas carreiras nacionais: uma hospitalar e outra de saúde pública, repletas de todas as garantias de remuneração, previdência social, acesso e promoção na carreira, condições de trabalho, aperfeiçoamento e actualização e, ainda, protecção judicial. O documento propunha também uma reestruturação do ensino médico, no sentido de diminuir o tempo de escolaridade, incrementar a parte prática do curso, facilitar o acesso e proporcionar a formação em serviço, ao longo da vida profissional, visando cursos de aperfeiçoamento, bolsas e condições para a investigação científica.

Concomitantemente à publicação deste *Relatório* observou-se uma valorização do papel da *Ordem dos Médicos* no contexto político da época. Prova disso seria a inclusão, no Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, do presidente do Conselho Geral da *Ordem dos Médicos* enquanto vogal efectivo, através do Decreto-Lei nº. 42210, de 1959. No mesmo ano, a Ordem era chamada a participar activamente na comissão inter-ministerial que estudava a medicina exercida nos serviços médico-sociais da *Federação das Caixas de Previdência*<sup>836</sup>.

Face a este documento, ainda em 1961, em entrevista ao Jornal *O Médico*, o ministro da Saúde e Assistência, pensava-o enquanto um testemunho ímpar na história da administração pública portuguesa, a maior contribuição que, até aquela data, alguma profissão havia dado ao governo para a resolução dos seus problemas. Contudo, Martins

---

<sup>834</sup> Cf. ORDEM DOS MÉDICOS, *op. cit.*, p. 42.

<sup>835</sup> IDEM, *ibidem*, p. 79.

<sup>836</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 179.

de Carvalho assumia que as soluções eram difíceis, desejando que transcendessem as aspirações de um grupo e que se transformassem numa solução nacional. Quanto à classe médica, o ministro admitia que o havia acolhido com uma certa reserva: “que viria fazer um funcionário do Ministério dos Negócios Estrangeiros para um ministério técnico, como era o da saúde?”<sup>837</sup>. Contudo, passadas poucas semanas, Martins de Carvalho acreditava que se havia estabelecido um entendimento duradouro, com vantagens para ambas as partes.

Na verdade, o ministro parecia minimizar a importância de um alegado pendor reivindicativo atribuído ao Relatório que, de facto, não teria consequências imediatas. O início da Guerra Colonial resultaria na mobilização de muitos jovens médicos para o Ultramar, o que seria, numa primeira análise, uma das razões para a falta de resultados imediatos do diploma. Na mesma entrevista, o ministro alegava não ter percebido qualquer “exigência” por parte da classe médica. Martins de Carvalho acreditava ter recebido “pedidos, sugestões, mas na generalidade bastante moderados, com sentido construtivo e muitas vezes os seus autores têm razão”<sup>838</sup>. Quanto a um possível aumento do vencimento dos médicos hospitalares, considerados “insuficientíssimos”, o ministro colocava tal questão na dependência de três factores: a aprovação do novo *Estatuto da Saúde e Assistência*, os estudos sobre as carreiras médicas e a reforma do financiamento hospitalar<sup>839</sup>.

Contudo, a 3 de Abril de 1961 foi publicado um diploma que autorizava o *Ministério das Finanças* e o *Ministério da Saúde e Assistência* a atribuir, em despacho conjunto, remunerações complementares ao pessoal médico dos hospitais centrais, enquanto não fosse efectuada a reorganização do financiamento hospitalar e a aprovação dos quadros-tipo do pessoal daquelas instituições. Os hospitais centrais ficavam, ainda, autorizados a elaborar mais um orçamento suplementar, além do número legalmente permitido nesse sentido<sup>840</sup>.

Neste âmbito, a *Ordem dos Médicos* assumia-se como órgão de promoção política e social da classe médica, um fórum livre de debate entre os seus associados, passando a ter uma palavra a dizer no campo político da saúde. Na verdade, essa importância já se

---

<sup>837</sup> Cf. O Plano de Sanidade Mental e a Nova Lei Hospitalar: A Obra do Ministério da Saúde e da Assistência, p. 238.

<sup>838</sup> Ibidem, p. 239.

<sup>839</sup> Ibidem, p. 238.

<sup>840</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 43580. *Diário do Governo, Série I*, 77, (1961-04-03), p. 367.

vinha a consolidar desde a década de cinquenta, quando pelo menos um representante da Ordem passaria a integrar duas secções da *Câmara Corporativa*. É incontornável que o objectivo desta associação profissional seria o de construir um novo sistema de saúde centrado no médico.

Rui Pinto Costa considera que o *Relatório das Carreiras Médicas* seria a actuação mais enérgica e notável, executada pela Ordem, desde o final da II Guerra Mundial, elaborado num contexto hostil de um Estado ditatorial, que sempre reprimiu os movimentos profissionais reivindicadores<sup>841</sup>. Talvez, por isso, surgisse, nesta época, a hipótese de que a *Ordem dos Médicos* viesse a depender do *Ministério da Saúde e Assistência*, para permitir um melhor controlo da situação. Martins de Carvalho não se imiscuiria neste assunto, pensando caber ao governo resolver essa questão, “de acordo com os interesses nacionais”<sup>842</sup>.

No Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Saúde e Assistência*, também datado de 1961, apontavam-se alguns problemas em termos de assistência médica, nomeadamente a má distribuição de médicos pelas várias zonas, extremamente irregular nas zonas rurais, pondo em causa a assistência àquelas populações. O mesmo documento apontava, entre as razões da má assistência médica no país, a deficiente distribuição dos médicos pelas várias zonas, com a sua concentração nas grandes cidades. Ainda no que era relativo aos médicos municipais, um diploma publicado em Janeiro de 1962, atribuía competências à *Direcção-Geral de Saúde* no sentido de orientar e inspecionar os serviços a cargo destes profissionais, não obstante as competências das câmaras municipais, a este nível<sup>843</sup>.

O *Estatuto da Saúde e Assistência*, publicado em 1963, previa o estabelecimento das carreiras de saúde pública e hospitalar para os médicos, descritas na sua Base XXV. Do ponto de vista do financiamento, o mesmo documento ditava que os médicos que prestassem serviços nos estabelecimentos oficiais seriam remunerados pelos serviços prestados a pensionistas, segundo tabelas aprovadas pelo *Ministério da Saúde e Assistência*. Punha-se, também, a hipótese de serem definidas as condições de

---

<sup>841</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 247.

<sup>842</sup> Cf. O Plano de Sanidade Mental e a Nova Lei Hospitalar: A Obra do Ministério da Saúde e da Assistência, p. 239.

<sup>843</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 44165. *Diário do Governo, Série I*. 15 (1962-01-20), p. 70.



pagamento pelos doentes porcionistas<sup>844</sup>, não existindo qualquer menção ao pagamento relativo a doentes pobres ou indigentes.

Em 1965, o ministro da Saúde e Assistência, Neto de Carvalho, num discurso proferido nos *Hospitais da Universidade de Coimbra*, sobre o *Relatório das Carreiras Médicas*, dizia acreditar que não bastava modificar a situação dos médicos, “sendo indispensável que todos os outros elementos passem a um novo regime, senão o sistema abrirá falência”<sup>845</sup>. Adiantava, ainda, que pensar que o problema da assistência se resolvia abrindo as carreiras médicas era uma ilusão. Contudo, admitia que as carreiras constituíam uma estrutura fundamental do serviço de saúde, sem as quais era impossível uma assistência de boa qualidade. Contudo, o ministro acreditava que só com elas a situação presente não melhoraria<sup>846</sup>.

No entanto, Neto de Carvalho estudava a possibilidade de estruturação das carreiras médicas, tendo em consideração o Relatório, e ouvida a *Ordem dos Médicos*. Mostrava, ainda, a sua preocupação quanto ao número de médicos especializados, quando se observava cada vez maior necessidade da sua actuação. Contudo, citava o *Plano Intercalar de Fomento*, que registava uma “suficiência” destes profissionais, de um médico por 1000 habitantes, a sua desigual distribuição geográfica, bem como a carência de especialistas. O ministro sustentava, ainda, a revisão dos planos de estudos médicos, sustentando uma preparação científica em íntima cooperação com os serviços de saúde<sup>847</sup>.

Da mesma forma, continuavam a observar-se algumas punições, por parte do regime, a médicos que ousavam manifestar abertamente as suas opiniões sobre o sistema. Seria o caso do professor João Cid dos Santos<sup>848</sup>, catedrático da *Faculdade de*

---

<sup>844</sup> Cf. LEI n.º. 2120, p. 972.

<sup>845</sup> Cf. Política Hospitalar II. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 157/158, Janeiro/Dezembro 1965, p. 43.

<sup>846</sup> Ibidem, p. 45.

<sup>847</sup> Cf. Política Hospitalar II, p. 47.

<sup>848</sup> **João Cid dos Santos (1907-1975):** médico. Filho de Reynaldo dos Santos, concluiu a sua licenciatura em medicina em 1933, começando a trabalhar com o seu pai no *Hospital de Arroios*. Em 1936, foi a Estrasburgo obter experiência no campo clínico, cirúrgico e experimental. Regressado a Lisboa, retomou ao *Hospital de Arroios*, e em 1939, ingressou nos quadros da *Faculdade de Medicina*. Em 1942, obteve o título de cirurgião dos hospitais e, em 1944, partiu para os Açores, mobilizado para chefiar uma equipa cirúrgica militar de apoio às tropas aliadas, na II Guerra Mundial. Em 1945 concluiu doutoramento e, em 1949, chegou ao lugar de professor catedrático de cirurgia da *Faculdade de Medicina de Lisboa*. Em 1953, com a inauguração do *Hospital de Santa Maria*, tornou-se director do serviço de clínica cirúrgica. Foi criador da flebografia e da endarteriectomia. Faleceu em 1975, vítima de ataque cardíaco, amargurado com os acontecimentos do pós-25 de Abril. Cf. DINIS DA GAMA, A. – João Cid dos Santos: Evocação

*Medicina*, director dos serviços de cirurgia do Hospital Escolar de Lisboa. O jornal *Avante* denunciava este caso, criticando claramente a postura do regime e do ministro da Saúde e Assistência. O médico havia sido punido com três meses de suspensão por “grave falta de respeito pelo seu superior hierárquico”, por ter respondido a um inquérito sobre as condições de funcionamento do Hospital Escolar de Lisboa. O médico havia admitido que “o funcionamento do hospital corresponde a um massacre da medicina”<sup>849</sup>.

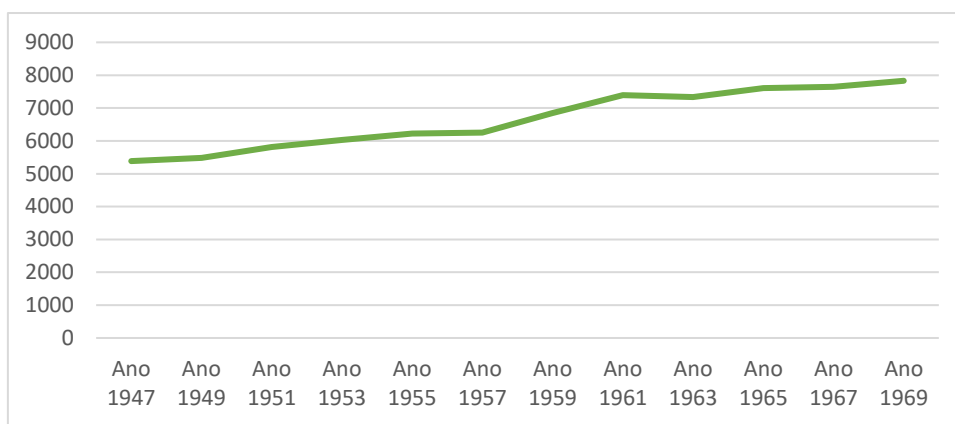
Observando a evolução do total de médicos entre 1947 e 1969, registou-se um crescimento sustentado durante este período, com maior incidência entre os anos de 1957 e 1961, denotando-se a partir daí um crescimento menos acelerado. No que era relativo à sua distribuição pelo país, observamos a sua clara concentração na capital, seguida pelas restantes cidades com pólos universitários, nomeadamente Porto e Coimbra. Distritos como Viana do Castelo, Portalegre, Bragança ou Beja eram extremamente carentes nestes recursos humanos. De acordo com a sua distribuição entre estabelecimentos de saúde com internamento e sem internamento, observamos o franco crescimento destes recursos humanos durante toda a década de cinquenta e sessenta. Observa-se, contudo, que a partir de 1953, a maioria dos efectivos médicos passariam a laborar nos estabelecimentos de saúde sem internamento, nomeadamente em postos de socorros e assistência clínica e em estabelecimentos de higiene e profilaxia<sup>850</sup>.

---

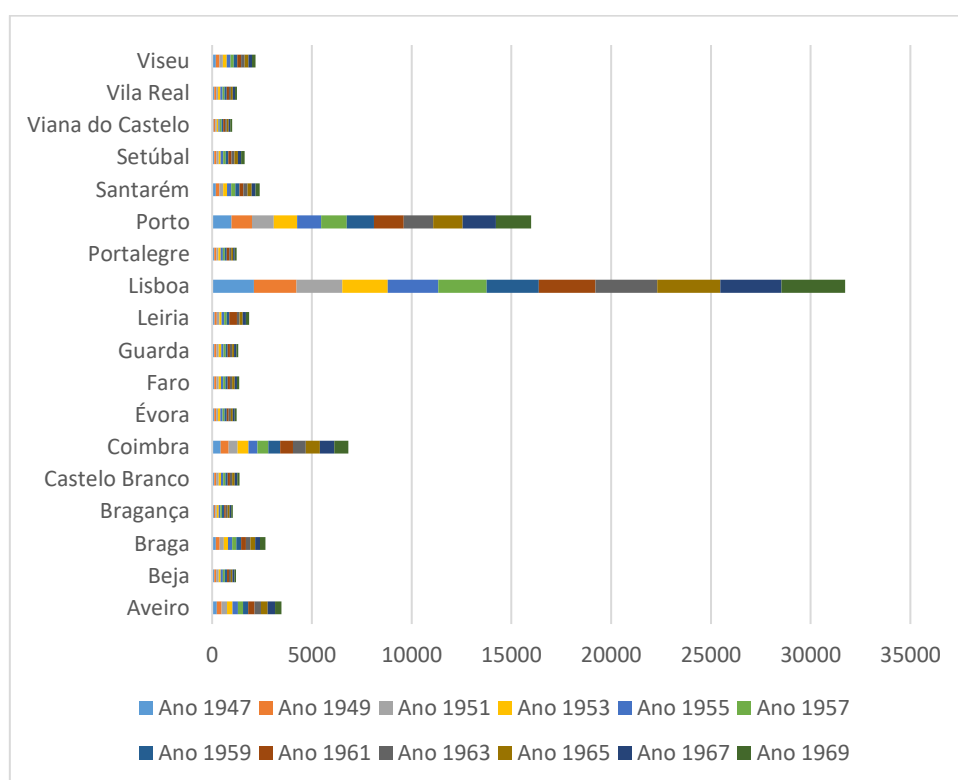
da vida, pensamento e obra, na celebração do seu centenário. In *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II Série, nº.4 (Março 2008), p. 7-8.

<sup>849</sup> Cf. O Professor Cid dos Santos foi punido pelo Ministro da Saúde. *Avante*. série VI, nº. 371 (Outubro de 1966), p. 6.

<sup>850</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1947-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1970].



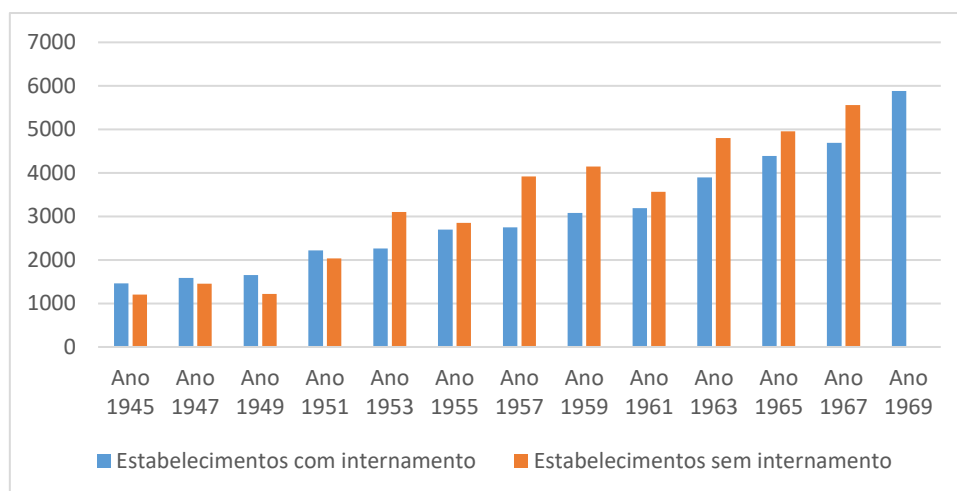
**Gráf. 9:** Evolução do total de efectivos médicos (1947-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1947-1969)]<sup>851</sup>.



**Gráf. 10:** Evolução da distribuição do total de médicos pelos distritos de Portugal continental (1947-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1947-1969)]<sup>852</sup>.

<sup>851</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>852</sup> Idem.



**Gráf. 11:** Distribuição dos efectivos médicos laborando em estabelecimentos com internamento e sem internamento (1945-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1945-1969)]<sup>853</sup>.

### 2.5.3. A Atitude Crítica do P.C.P.

As críticas à política assistencialista do Estado Novo partiam, também do *Partido Comunista Português*. O P.C.P., no seu jornal clandestino *Avante*, admitia, em 1942, que esta política do regime era um “embuste”. Isto porque enquanto se gastava centenas de milhar de contos em armamento, as casas de assistência eram obrigadas a recorrer à caridade e “à pedincha” para se poderem manter<sup>854</sup>.

Em outro artigo, datado de 1948, o *Avante* denunciava que a assistência médica, nos meios rurais, era privilégio dos ricos. As classes trabalhadoras, mesmo nas doenças graves, raramente chamavam o médico, morrendo, muitas vezes, sem assistência, segundo o periódico. As mulheres do povo davam à luz sem assistência ou assistidas por “curiosas”. A miséria e a ignorância causavam a morte a dezenas de milhares de crianças, por os pais não poderem, nem saberem, dedicar-lhes os cuidados necessários. A tuberculose era outro flagelo nos locais mais populosos, segundo o jornal, devido à má alimentação, ao contágio e à falta de tratamento<sup>855</sup>.

<sup>853</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>854</sup> Cf. A Obra de Assistência do “Estado Novo”. In *Avante*. VI série, nº. 9 (Abril de 1942), p. 2, 6.

<sup>855</sup> Cf. Como o regime fascista protege a saúde do povo. In *Avante*. VI série, nº. 124 (1ª quinzena de Outubro de 1948), p. 2.

Em 1949, mais uma vez, este órgão do *Partido Comunista Português* insurgia-se contra a política de saúde pública do Estado Novo. Segundo a publicação, o governo demonstrava um grande desprezo pela saúde dos portugueses por ter ordenado uma política de contenção de despesas ao nível da assistência e da saúde pública, “os sectores mais miseravelmente dotados pela administração salazarista”<sup>856</sup>. Ao passo que existia uma contenção de despesas a esse nível, registava-se concomitantemente, segundo o jornal, um aumento das verbas consignadas ao rearmamento, à repressão e à propaganda. O *Avante* denunciava a escassez de medicamentos inovadores nos hospitais, sanatórios e dispensários, o que “era matar deliberadamente o povo português”<sup>857</sup> e de retirar aos médicos a possibilidade de receitarem os medicamentos indicados. Da mesma forma, registava a redução do fornecimento de material hospitalar, desde as chapas radiográficas até às ligaduras.

Em Dezembro de 1962, o *Avante* publicava um artigo intitulado “Os Serviços de Saúde na U.R.S.S. e em Portugal”, onde tentava fazer um esboço comparativo entre os serviços de saúde portugueses e soviéticos. Reflectindo sobre a situação portuguesa, o P.C.P. alertava para a falta de médicos, o estado “catastrófico” dos serviços hospitalares, com insuficiente número de hospitais regionais e sub-regionais, muitos deles vazios ou fechados por falta de médicos ou equipamentos, concentrando-se os doentes nos hospitais centrais. A mortalidade por tuberculose, segundo relatava o periódico, era a mais alta da Europa e uma das mais altas do mundo, chacinando a população mais jovem<sup>858</sup>.

O mesmo periódico alertava para a elevada mortalidade infantil, a mais alta da Europa, especialmente ceifando as vidas das crianças nas zonas rurais e operárias. Mais de metade dos partos não possuíam qualquer tipo de assistência, produzindo uma das taxas de mortalidade materna mais elevadas da Europa. Na verdade, apenas 5,5% das despesas do Estado eram gastas com a saúde e assistência, não sendo subsidiada a investigação científica. Por fim, concluía: “a ditadura fascista condena a população

---

<sup>856</sup> Cf. Comprimem as despesas com a saúde pública...para alimentarem as destinadas ao rearmamento. In *Avante*. VI série, nº. 142, (1ª quinzena de Novembro de 1949), p. 1.

<sup>857</sup> Ibidem, p. 1.

<sup>858</sup> Cf. Dois Mundos: Os Serviços de Saúde na U.R.S.S. e em Portugal. In *Avante*. VI série, nº. 324, (Dezembro de 1962), p. 4.

trabalhadora das cidades e dos campos aos maiores sofrimentos. Milhares de trabalhadores e seus filhos são dizimados por doenças que a medicina já pode curar”<sup>859</sup>.

Se este era o cenário em Portugal, na U.R.S.S. a situação era bastante diferente, conforme narra o artigo em questão. Não existia carência de médicos, nem de serviços de saúde, mesmo nas aldeias mais recônditas. O Estado pagava toda a assistência médica, incluindo os profissionais, os serviços e os medicamentos. Do ponto de vista da assistência materno-infantil, todos os partos eram assistidos em maternidades e era rara a mortalidade materna. As mulheres tinham férias pagas durante quatro meses, antes e depois do parto. Naquele país existiam centenas de institutos dedicados à investigação médica. O exemplo da União Soviética mostrava, pois, a Portugal, “as magníficas conquistas que se alcançam com o regime socialista”<sup>860</sup>.

Durante as décadas de cinquenta e sessenta, o maior alvo das críticas do *Avante* seria, contudo, as políticas de previdência do Estado Novo, como veremos seguidamente, em capítulo próprio.

#### **2.5.4. O Poder da Opinião Pública**

A necessidade de uma abertura internacional em termos de política sanitária seria clarificada em missiva dirigida ao ministro do Interior, reencaminhada ao presidente do Conselho, pelo director-geral de Saúde, José Alberto de Faria, em 1934. Nessa carta, o autor ressaltava a importância do aspecto internacional, quer por adaptação aos conceitos, do qual decorriam consequências de relevo para a economia e “bom nome do país”, quer por obediência a organismos políticos ou técnicos de internacionalização. A par disso, sublinhava o autor, “existiam convenções, acordos, entendimentos e avisos trocados entre as nações que de maneira mais clara ou insinuada exprimem prescrições a aplicar com maior ou menor rigor, mas sempre com estudada oportunidade e apetrechado discernimento”<sup>861</sup>.

A importância da opinião pública na área da saúde era também, como já verificámos, uma força motriz para o desenvolvimento de políticas nesta área. Salazar,

---

<sup>859</sup> Cf. Dois Mundos: Os Serviços de Saúde na U.R.S.S. e em Portugal, p. 4.

<sup>860</sup> Ibidem, p. 4.

<sup>861</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar/ CO/IN-1B, pt. 14.

bem como alguns membros do governo, fazem a ela referência em alguns discursos. Bissaya Barreto admite-o, no discurso que profere por ocasião da inauguração da *Leprosaria Nacional*, em 1947. Nele, defendia que o governo vinha construindo uma política social notável, dedicando-lhe quantias cada vez mais elevadas, objectivo alcançado devido a uma organização sanitária mais eficaz em mercê do desenvolvimento económico, da transformação das condições de vida das classes trabalhadoras, da consciência sanitária e social das populações e, finalmente, em mercê “do auxílio da opinião pública”<sup>862</sup>.

A opinião pública era de tal importância que o Estado sentia necessidade de a doutrinar. Em 1947, aquando da inauguração da *Leprosaria Nacional*, o governo, sem meias medidas, proclamava a abertura do melhor equipamento do género em todo o mundo. Na inauguração da primeira *Casa da Mãe*, na Figueira da Foz, no mesmo ano, Trigo de Negreiros propagandeava que, em matéria de assistência pública, os portugueses passaram muito tempo a copiar os estrangeiros, mas a sua obra assistencial já era tão grande “que outros vieram debruçar-se sobre as nossas instituições depois de terem percorrido a Europa, e adoptaram o sistema português”<sup>863</sup>. Segundo o subsecretário de Estado da Assistência Social, o sistema assistencial português era, pois, um paradigma que toda a Europa queria imitar.

Para além da opinião pública, a política governamental sentia-se pressionada, segundo o ministro do Interior, Cancela de Abreu, pelas graduais exigências da técnica e da ciência e pelas crescentes necessidades de uma população que aumentava, conforme ditaria num discurso durante a posse do enfermeiro-mor dos *Hospitais Civis de Lisboa*, em 1947<sup>864</sup>.

Mas a opinião pública era, por vezes, contrária aos desígnios do regime. No que dizia respeito à condição feminina, que o governo defendia como maternal, educativa e doméstica, contrária ao trabalho fora do lar, o Estado Novo considerava que a opinião pública tinha a força de arrastar as mulheres no sentido de preferirem o trabalho

---

<sup>862</sup> Cf. BARRETO, Fernando Bissaya – Assistência Nacional aos Leprosos: Assistência às Famílias Necessitadas. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 50/52, Abril/Junho 1947, p. 145.

<sup>863</sup> Cf. Na Figueira da Foz: Inauguração da primeira Casa da Mãe, obra integrada no programa do Instituto Maternal. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 56/58, Outubro/Dezembro 1947, p. 45.

<sup>864</sup> Cf. A Posse do Enfermeiro-Mor. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 59/61, Janeiro/Março 1948, p. 145.

profissional ao trabalho doméstico. Por tal, era necessário bem doutrinar as mentes femininas, como forma de fazer frente às ideias de independência e luxo incutidas pela opinião pública<sup>865</sup>.

Contudo, nem só a opinião pública nacional era solidamente considerada pelo regime. Também a opinião pública internacional preocupava o governo. Uma clara prova desse facto foi o episódio ocorrido em 1956, quando o *Boletim de Informação dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* publicou alguns números relativos à prevalência de doenças infecciosas em Portugal, reportando a existência de 2 casos de cólera e 8 de febre-amarela no nosso território. Perante esta informação, o subsecretário de Estado da Assistência Social, Melo e Castro, escrevia ao ministro das Corporações exigindo a rectificação dos dados, que considerava erróneos, tendo em conta o seu impacto nos meios sanitários internacionais, convindo prevenir “contra o alarme que [esta informação] poderia causar na opinião médica ou até na opinião pública medianamente informada”<sup>866</sup>.

No discurso de tomada de posse de Henrique Martins de Carvalho enquanto ministro da Saúde e Assistência, em 1958, este fazia saber contar com a colaboração de um grupo numeroso de funcionários, da classe médica e “com o interesse crescente que os problemas de saúde e assistência suscitam na opinião pública do nosso país”<sup>867</sup>.

No *IV Congresso das Misericórdias*, que teve lugar em 1959, Coriolano Ferreira assumia que o desejo de segurança social nunca havia sido tão generalizado e tão intenso. Explicava-o pelo medo causado pelas devastações materiais e morais decorrentes das duas guerras; pela instabilidade política, económica e social resultante do individualismo e do industrialismo; pelo poder destrutivo dos inventos das últimas décadas; pelo encarecimento astronómico dos meios de defesa da saúde; pelo envelhecimento da população; pela fácil e intensa difusão da informação<sup>868</sup>.

Esta maior preocupação da opinião pública com as suas necessidades médicas também preocupava Miller Guerra que, no mesmo congresso, explicava tal facto

---

<sup>865</sup> Cf. PARECER n.º. 37/VI: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE INSTITUTOS DE SERVIÇO SOCIAL. *Actas da Câmara Corporativa*. 83 (1956-03-31), p. 777.

<sup>866</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN- 10 A, pt. 12.

<sup>867</sup> Cf. Ministério da Saúde e Assistência. In FERREIRA, Coriolano; LOPES, M. Ramos [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano X, n.º. 74-75, Agosto-Setembro, 1958, p. 25.

<sup>868</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – O Hospital de Hoje e do Futuro. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. III, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 125-189.



servindo-se de vários argumentos: o crescimento demográfico, o desenvolvimento de meios de transporte que tornava mais fácil o acesso aos hospitais, o crescimento do total de serviços sanitários, a garantia do direito à saúde, o prestígio e a confiança na medicina, a elevação do nível de vida da população, as modificações do seu estilo de vida, o crescimento do nível de conhecimentos médicos do público, o afinamento da percepção de sintomas mórbidos, a diminuição da capacidade de sofrimento e a competitividade da sociedade que exigia uma diferenciação do trabalho e ajuste à tarefa e à vida em geral<sup>869</sup>.

### 2.5.5. A tentativa frustrada de visita de Bevan a Portugal

Como já tivemos oportunidade de verificar, a criação, em 1958, do *Ministério da Saúde e Assistência* seria uma manobra cosmética do regime para convencer a opinião pública, nomeadamente aquela que apoiava a candidatura de Humberto Delgado, com grande vontade de mudança, de que algo estava a transformar-se neste domínio.

Injustamente derrotado nas eleições de 1958, Humberto Delgado não desistiu de afrontar o regime. Agregando um conjunto de individualidades da oposição, criou uma comissão que convidaria o membro do *Partido Trabalhista* inglês e fundador do *Serviço Nacional de Saúde* britânico, Aneurin Bevan<sup>870</sup>, para visitar Portugal, em Novembro desse ano. A 28 de Outubro de 1958, a P.I.D.E. já tinha conhecimento do convite, emitindo uma informação onde constava a possível cooperação, com os oposicionistas, do *Instituto Britânico* em Portugal. A polícia política pensava que o objectivo daquela

---

<sup>869</sup> Cf. GUERRA, Miller – A Política de Saúde, p. 98-118.

<sup>870</sup> **Aneurin Bevan (1897-1960):** político, um dos mais importantes ministros do *Partido Trabalhista* no pós-guerra e fundador no *Serviço Nacional de Saúde* britânico. Nasceu numa família pobre, o seu pai era mineiro e, desde cedo, conheceu os problemas relacionados com a pobreza e a doença. Abandonou a escola aos 13 anos para também se dedicar ao trabalho de mineiro. Tornou-se num activista sindical e, em 1929, foi eleito membro do *Partido Trabalhista* no Parlamento inglês. Após a II Guerra Mundial, com a vitória dos trabalhistas, em 1945, seria nomeado ministro da Saúde, responsável pela criação do *National Health Service*, o serviço nacional de saúde britânico. A 5 de Julho de 1948, o governo inglês assumiu a responsabilidade total pelo pagamento de todos os cuidados de saúde à generalidade da população. Em 1951, Bevan abandonou a pasta da saúde para ser nomeado ministro do Trabalho. Em 1959, seria nomeado líder do *Partido Trabalhista*, falecendo um ano depois. Cf. Aneurin Bevan (1897-1960). In *BBC Historic Figures* [Em linha], [cons. 24 Março 2015]. Disponível em WWW: [http://www.bbc.co.uk/history/historic\\_figures/bevan\\_aneurin.shtml](http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/bevan_aneurin.shtml)

visita seria alimentar e intensificar “a agitação política criada durante e após as últimas eleições com as novas manifestações que a visita proporcionaria”<sup>871</sup>.

A P.I.D.E. tinha conhecimento de todo o programa da visita, que incluía a preleção de duas conferências, uma em Lisboa e outra no Porto, no *Cinema Politeama* e no *Coliseu do Porto*, respectivamente, com entradas pagas de modo a que se obtivessem fundos para o pagamento das despesas decorrentes da deslocação do inglês. Os indivíduos empenhados na logística deste programa eram também assinalados pela polícia política: de grandes figuras da cultura portuguesa, como António Sérgio e Francisco Vieira de Almeida, passando por médicos, como Arnaldo Cândido da Veiga Pires, ao advogado Joaquim de Sousa Bastos, ao comerciante Luís Moutinho de Almeida, até Carlos Estorninho, bibliotecário do *Instituto Britânico*<sup>872</sup>.

No poder da polícia política estava também a carta enviada pela então designada “comissão de recepção”, que apelava ao alargamento da mesma com mais individualidades “de modo a poder englobar individualidades representativas de todos os quadrantes da Oposição”<sup>873</sup>. Nela, assumiam que Aneurin Bevan tinha aceitado o convite para visitar Portugal entre 14 e 17 de Novembro daquele ano, realizando duas conferências subordinadas ao tema “A Democracia no Mundo Contemporâneo”. Da comissão, diziam fazer parte alguns elementos do *Directório Democrato-Social*, como Francisco da Cunha Leal, António Sérgio, Jaime Cortesão, Mário Soares, e ainda nomes sonantes como José Mendes Cabeçadas Júnior, Humberto Delgado e o médico Francisco Pulido Valente. Nessa missiva, a comissão pedia, ainda, a contribuição dos correligionários para uma visita “cujo significado e interesse patriótico é desnecessário encarecer”<sup>874</sup>.

A 11 de Novembro de 1958, o *Diário de Lisboa* publicava “A Nota Oficiosa sobre a Visita que fora projectada do Sr. Aneurin Bevan”. Segundo a notícia, o governo afirmava que fora informado do convite feito a Bevan e o havia contactado para informá-lo sobre “o real significado do convite”<sup>875</sup>. Apontando como argumentos a posição política dos promotores do convite, a expressão política do convidado, o

---

<sup>871</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-PC-77, pt. 8ª subdivisão.

<sup>872</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-PC-77, pt. 8ª subdivisão.

<sup>873</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-PC-77, pt. 8ª subdivisão.

<sup>874</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-PC-77, pt. 8ª subdivisão.

<sup>875</sup> Cf. A Nota Oficiosa sobre a Visita que fora Projectada do Sr. Aneurin Bevan. In *Diário de Lisboa*. Lisboa: Renascença Gráfica, Ano 38, n.º. 12906, 11 Novembro 1958, p. 2.

programa, “a flagrante desproporção entre a lotação das casas de espectáculos escolhidas e o número de pessoas capazes de entender o orador na sua própria língua”, pensavam que estes indicavam apenas que o objectivo de tal visita era o prosseguimento do processo de agitação iniciado nas eleições presidenciais. Mais, ainda, tendo em conta que “a intromissão de estrangeiros nos assuntos e na marcha da política interna portuguesa é por nós considerada inadmissível”<sup>876</sup>, não seriam autorizadas as conferências de Bevan.

No mesmo dia, a Comissão de Recepção, enviava uma carta aos jornais tentando esclarecer os propósitos daquela visita, argumentando contra a atitude do governo. Essa missiva foi assinada por Humberto Delgado, Francisco Vieira de Almeida, Jaime Cortesão, António Sérgio e Mário de Azevedo Gomes. Nela, a comissão explicitava o seu objectivo de intercâmbio cultural com o estrangeiro, no qual se inseria a visita de Bevan, que não se deslocaria ao nosso país para se imiscuir nos seus assuntos internos, mas para tratar de temas de “interesse universal”<sup>877</sup>.

De forma provocatória, no mesmo documento, a comissão referia que quem se tinha intrometido na nossa política fora Christine Garnier, os hitlerianos que tinham estabelecido contacto com a *Mocidade Portuguesa* e todos os estrangeiros convidados a ensinar o corporativismo. A comissão excluía, ainda, a hipótese de causar qualquer agitação, tendo em conta que tinham avisado, a 28 de Outubro, o ministro da Presidência e o embaixador britânico da visita. Para terminar, criticavam a posição do governo português, que demonstrava “o seu propósito de manter o país fora do movimento geral da civilização contemporânea e a sua infidelidade à *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (art. 19º) perfilhada pela O.N.U., de que Portugal faz parte”<sup>878</sup>. Esta missiva nunca chegaria a ser publicada.

Se, na imprensa portuguesa, o assunto passou quase despercebido, a imprensa inglesa não deixaria escapar este incidente. No dia 12 de Novembro de 1958, o *Daily Telegraph* dedicou dois artigos ao assunto, intitulados «Ambiguities in Portugal – Mr. Bevan’s Inquiry» e «Not for export – Lisbon Press Comment». O primeiro contava toda a história do convite efectuado a Bevan por elementos da oposição e a recusa do governo português face à possibilidade de a sua presença fomentar ainda mais o

---

<sup>876</sup> Cf. A Nota Oficiosa sobre a Visita que fora Projectada do Sr. Aneurin Bevan, p.2.

<sup>877</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-PC-77, pt. 8ª subdivisão.

<sup>878</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-PC-77, pt. 8ª subdivisão.

movimento de revolta. Contudo, Bevan negava-se a dar mais declarações sobre o assunto até que obtivesse uma resposta oficial do governo português, que tardava. O segundo artigo fazia uma análise às notícias veiculadas pelos jornais portugueses sobre o tema, nomeadamente *O Século* e o *Diário de Notícias*, que acentuavam uma possível intromissão de um estrangeiro nos assuntos internos portugueses e a criação de um clima de agitação<sup>879</sup>.

No jornal *The Times*, do mesmo dia 12 de Novembro de 1958, seria publicado um artigo intitulado «Unsurenness in Portugal». Nele, a imprensa inglesa fazia um apanhado da situação política portuguesa, nomeadamente das eleições de 1958 e do papel dos oposicionistas, nomeadamente Humberto Delgado e o *Partido Comunista*, e do papel de Salazar, capaz de manter o país isolado, de imprimir um regime pessoal, concentrado na sua pessoa, mesmo já a contar 70 anos. Segundo o periódico, a recusa do governo português da visita de Mr. Bevan era, deveras, surpreendente. Apesar de ser o representante político do seu mais antigo aliado, a expressão política da pessoa convidada foi apenas uma das razões para o esquecimento da viagem<sup>880</sup>.

O argumento da questão patriótica que impedia a intromissão de um estrangeiro em um assunto de Estado parece ter convencido alguns adeptos do regime. A prova reside num vasto conjunto de telegramas, patentes no *Fundo Oliveira Salazar*, enviados a Salazar pelas comissões políticas da *União Nacional*, de várias freguesias de Lisboa e até de Bissau. A título de exemplo, citamos um telegrama enviado pela freguesia da Charneca, datado de 14 de Novembro, onde podemos ler: “pela forma patriótica com que o governo da nação defendeu a paz e a tranquilidade portuguesa perante a manifesta tentativa de ingerência estrangeira no ambiente político do nosso país”<sup>881</sup>.

Este episódio terminaria com a prisão, pela P.I.D.E., de quatro dos elementos (não conseguimos identificar quais) que tinham assinado a carta aos jornais sobre a proibição da vinda de Bevan a Portugal<sup>882</sup>.

---

<sup>879</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-PC-51, pt. 26.

<sup>880</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-PC-51, pt. 26.

<sup>881</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-PC-51, pt. 26.

<sup>882</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-PC-77, pt. 8ª subdivisão.

## 2.6. O Financiamento da Saúde e da Assistência

Parece-nos necessária uma abordagem mais alargada, comparativa entre os principais organismos responsáveis pelo sector da saúde, nomeadamente o *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*, o *Ministério da Saúde e Assistência*, e os restantes ministérios. O Gráfico 15 aborda, de forma comparativa, a despesa total dos vários ministérios do regime, entre 1935 e 1969. Como podemos constatar, até 1958, quando o sector estava dependente do *Ministério do Interior*, essa pasta poderia ser considerada de despesa intermédia, com uma tendência de crescimento ao longo dos anos, especialmente após a II Guerra Mundial. Em 1957 atingiria a sua despesa máxima, que rondaria os 883.000 contos. A sua despesa ficaria acima, neste período, da registada pela grande maioria dos ministérios, sendo apenas ultrapassada pela do *Ministério das Finanças*, pela do *Ministério das Obras Públicas* e pela do *Ministério do Exército*<sup>883</sup>.

Se até 1957, podemos considerar a saúde e a assistência gravadas num ministério de despesa média-alta, com a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, entre 1959 e 1969, o panorama desvaneceu-se, em certa medida. O novo ministério apresentava uma curva de crescimento da despesa até final da década de sessenta e ficava, no cômputo geral, numa posição intermédia em relação à grande maioria das restantes pastas. Com dotações inferiores às suas, ficariam o *Ministério da Justiça* e o *Ministério das Corporações e Previdência Social*, o *Ministério das Colónias/Ultramar*, o *Ministério dos Negócios Estrangeiros*, o *Ministério da Marinha* e até o *Ministério do Interior*, que após a perda dos sectores da saúde e da assistência perderia uma parte substancial da sua dotação. Estas evidências transformavam o novo *Ministério da Saúde e Assistência* numa pasta solidamente dotada pelo regime. Mais dotados seriam apenas o todo-poderoso *Ministério das Finanças*, o *Ministério da Educação Nacional*, o *Ministério das Comunicações*, o *Ministério das Obras Públicas* e o *Ministério do Exército*<sup>884</sup>.

Rui Pinto Costa afirma que, com o início da Guerra Colonial, os meios financeiros atribuídos ao sector diminuiriam, ao passo que aumentaria a despesa com a

---

<sup>883</sup> PORTUGAL: MINISTÉRIO DAS FINANÇAS – *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1933-1968].

<sup>884</sup> IDEM – *Ibidem*.

defesa, o que não parece estar de acordo com os dados obtidos<sup>885</sup>. É contudo, inegável que o aumento da despesa com o então *Ministério do Exército* aumentaria de forma sustentada, a partir de 1961. Contudo, a despesa do regime com a saúde e a assistência cresceria a ritmo idêntico, observando-se também um incremento, ainda que discreto, da despesa com o *Ministério das Corporações e Previdência Social* que, no entanto, continuaria a ser um dos ministérios menos dotados. Não obstante, observava-se, ainda, durante esta época, um grande crescimento da despesa com o *Ministério da Educação Nacional*, responsável pela gestão de algumas unidades de saúde. Contudo, este crescimento não esteve directamente ligado com um incremento da despesa hospitalar deste ministério<sup>886</sup> que, embora se tenha verificado, não explica o grande aumento de dotações do mesmo.

Relativamente ao financiamento deste sector, devemos esclarecer um conjunto de factos. Os dados patentes nos orçamentos do Estado revelam-nos que o *Ministério do Interior*, entre 1935 e 1945, possuía uma despesa com os serviços de assistência cerca de 10 vezes superior à despesa observada com os serviços de saúde (*vide* Gráfico 14), despesa que tendia para aumentar, especialmente a partir de 1941, ao contrário do que acontecia com as despesas de saúde. Esta disparidade manter-se-ia ao longo dos anos. Em 1958, o último ano em que se observou a integração do sector da saúde e assistência neste ministério, a despesa do mesmo com os serviços de assistência era quase 11 vezes superior à registada com os serviços de saúde<sup>887</sup>.

Durante os primeiros anos, quando o sector da saúde e assistência estava integrado no *Ministério do Interior*, podemos concluir que, até 1957, em média, a despesa com a saúde correspondia a cerca de 4% da despesa total do ministério. Por seu turno, a despesa referente à assistência correspondia a uma percentagem de 40% dessa despesa total, até 1945, percentagem que tendencialmente viria a consolidar-se e a subir nos anos seguintes, chegando aos 52,5%, em 1957<sup>888</sup>.

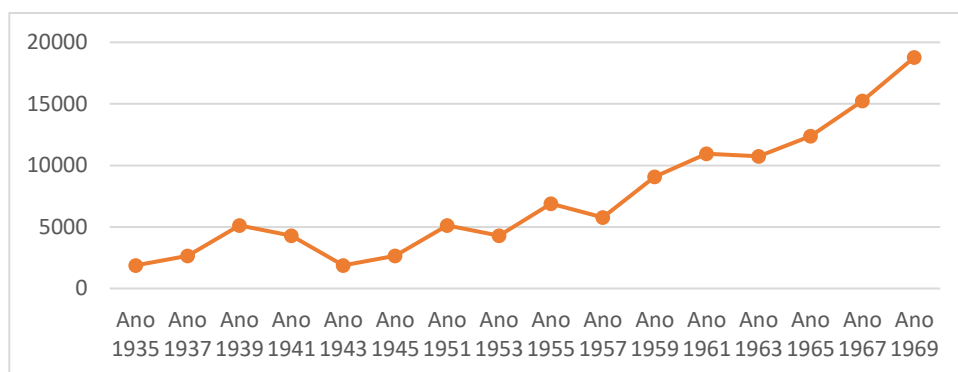
---

<sup>885</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 120.

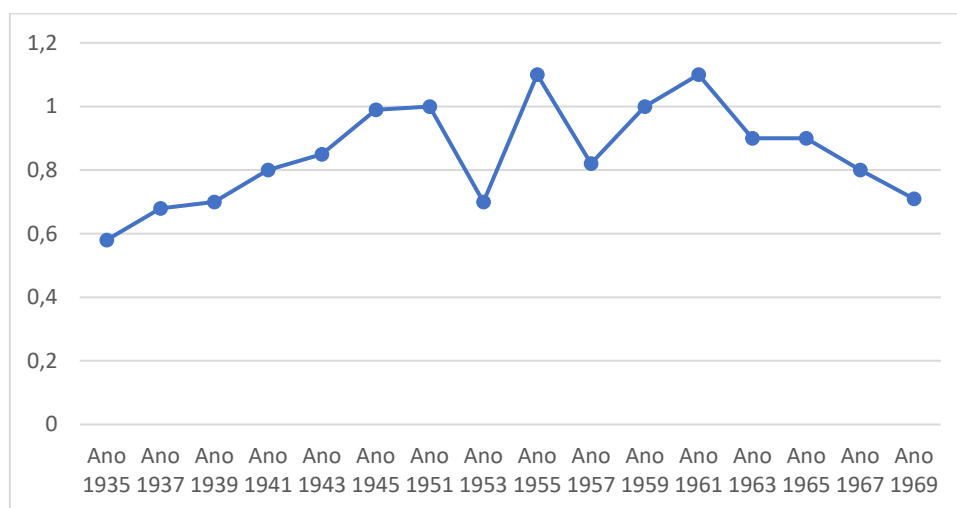
<sup>886</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1970].

<sup>887</sup> PORTUGAL: MINISTÉRIO DAS FINANÇAS – *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1957]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1958].

<sup>888</sup> IDEM – *Ibidem*.



**Gráf. 12:** Evolução da despesa hospitalar do *Ministério da Instrução Pública / Ministério da Educação Nacional* (1935-1969) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1936-1970)*]<sup>889</sup>.



**Gráf. 13:** Percentagem da Despesa Hospitalar em relação ao orçamento global do *Ministério da Instrução Pública / Ministério da Educação Nacional* (1935-1969) [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1936-1970)*]<sup>890</sup>.

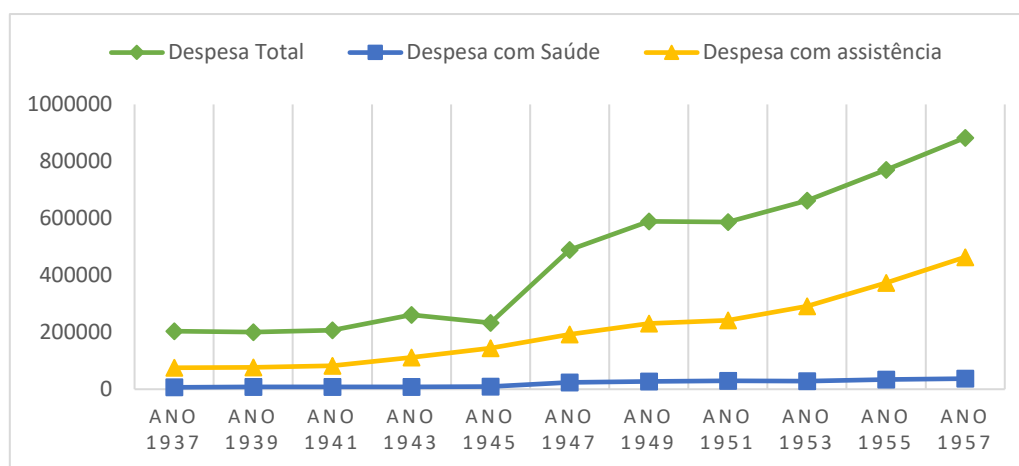
Na mesma linha, a partir de 1959, a maior fatia da despesa do *Ministério da Saúde e Assistência*, durante os primeiros anos, até 1961, seria dedicada aos serviços de assistência, que consumiam mais de 90% da despesa deste ministério. Contudo, a partir dessa data, as despesas do ministério, a este nível diminuiriam muito substancialmente, chegando a apenas 20% do total despendido por aquela pasta, em 1969. Esta quebra poder-se-á compreender por uma canalização das verbas para um novo organismo, a *Direcção-Geral dos Hospitais*, a partir de 1963. Este novo organismo recebeu dotações

<sup>889</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>890</sup> Idem.

crescentes, chegando a mais 59% da despesa total do ministério, em 1969. Por seu turno, a *Direcção-Geral de Saúde* sempre manteve uma baixa dotação, nunca ultrapassando os 8% da despesa total do ministério, regredindo durante o final da década de sessenta<sup>891</sup>.

Do ponto de vista das derrapagens orçamentais, concluímos que, durante o período em estudo, a despesa orçamentada e a despesa total do *Ministério do Interior*, até 1957, e do *Ministério da Saúde e Assistência*, entre 1958 e 1969, foram praticamente coincidentes, embora a despesa total fosse minimamente superior. O mesmo comportamento se verificou no que era relativo à despesa preconizada pelas Direcções Gerais dos Hospitais e da Assistência. Contudo, no que era concernente aos serviços de saúde, registou-se, entre 1947 e 1957 uma despesa orçamentada superior à despesa total destes serviços, quando ainda eram dependentes do *Ministério do Interior*. Em 1949, a diferença entre a verba orçamentada e a verba total era de 8333 contos (*vide* Gráfico 17). A partir de 1958, sob dependência do *Ministério da Saúde e Assistência* continuou a registar-se um excedente de verba orçamentada da *Direcção-Geral de Saúde*, embora a sua diferença em relação à despesa total descesse para metade, na ordem dos 4341 contos, em 1963 (*vide* Gráfico 18)<sup>892</sup>.



**Gráf. 14:** Despesa total do *Ministério do Interior* (1935-1957) em comparação com a despesa concernente aos serviços de saúde e assistência – em contos [**Fonte:** *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1936-1958)*]<sup>893</sup>.

<sup>891</sup> PORTUGAL: MINISTÉRIO DAS FINANÇAS – *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1957]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1958].

<sup>892</sup> IDEM - *Ibidem*; Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1970].

<sup>893</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



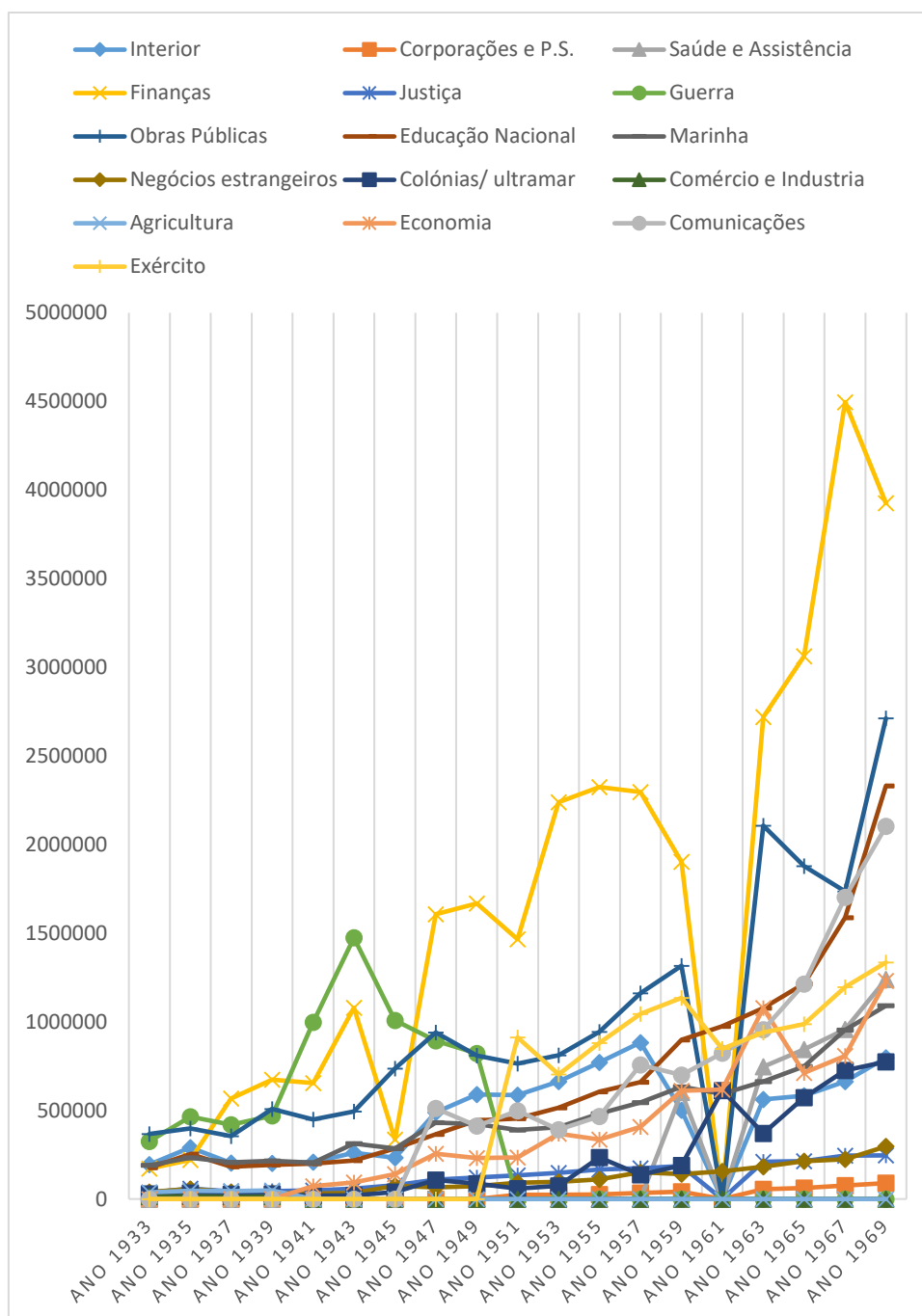
O Parecer da *Câmara Corporativa* referente ao *Estatuto da Assistência Social*, datado de 1943, refere um grande aumento de dotações na década anterior na área da assistência, incremento que não nos parece muito pronunciado através da análise do gráfico comparativo. Segundo considerava o mesmo órgão, “a saúde não tem preço e nunca ficará cara. Bem empregado será o dinheiro sobretudo se for gasto para poupar vidas e evitar doenças”. Esta interessante afirmação parece não se ter repercutido nas opiniões governativas, que mantiveram a sua ideologia e prática supletiva em relação à iniciativa privada, expressas na Lei nº.1998. A mesma Câmara considerava inevitável um grande aumento da despesa com a assistência social, comportando três classes de despesas: despesas extraordinárias (obras públicas, adaptação e guarnecimento das instalações necessárias); despesas com o pessoal, instalações e material para uma imediata intensificação dos serviços de saúde pública; despesas com subsídios a estabelecimentos oficiais autónomos e obras de assistência privada<sup>894</sup>.

Em 1968, no âmbito do *III Plano de Fomento*, foram publicados os números referentes aos gastos do regime em matéria de saúde e assistência, e a sua respectiva canalização, quer para o *Ministério da Saúde e Assistência*, quer para outros ministérios com funções sanitárias, entre 1959 e 1965. Estes dados sugerem-nos um acréscimo dos valores absolutos de despesa com a saúde e a assistência, que não excederia, contudo, 2% do rendimento nacional, como nos advertia a *Câmara Corporativa*, no seu Parecer sobre o *III Plano de Fomento*, uma “percentagem bastante inferior ao que se considera desejável”<sup>895</sup>. Segundo aquele órgão consultivo, era preciso ter em conta a pressão demográfica, a evolução do poder de compra, o aumento do custo excessivo de grande parte dos bens de produção externa a utilizar pelos serviços, para compreender que tal aumento estava comprometido pela influência destes parâmetros.

---

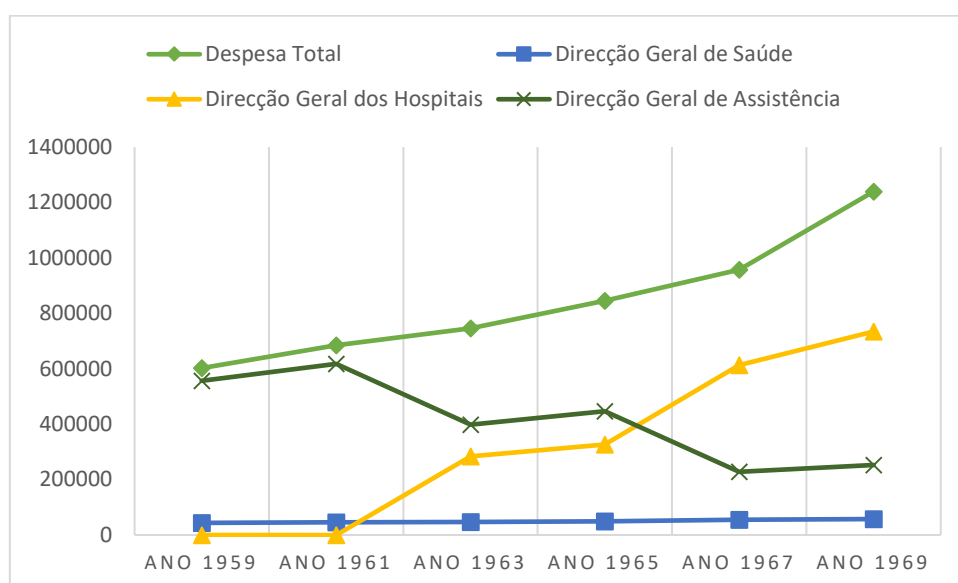
<sup>894</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 118.

<sup>895</sup> Cf. PARECER nº. 9/IX: PROJECTO DO III PLANO DE FOMENTO PARA 1968-1973 – CONTINENTE E ILHAS – ANEXO XIII – SAÚDE, p. 1467.

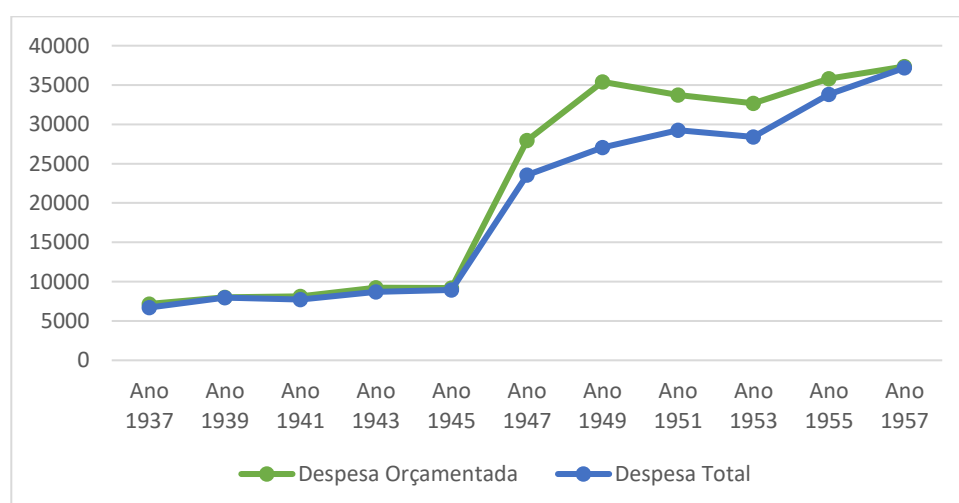


**Gráf. 15:** Despesa total comparada dos ministérios do Estado Novo (1935-1969) – em contos [Fonte: *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de (1936-1970)*]<sup>896</sup>.

<sup>896</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



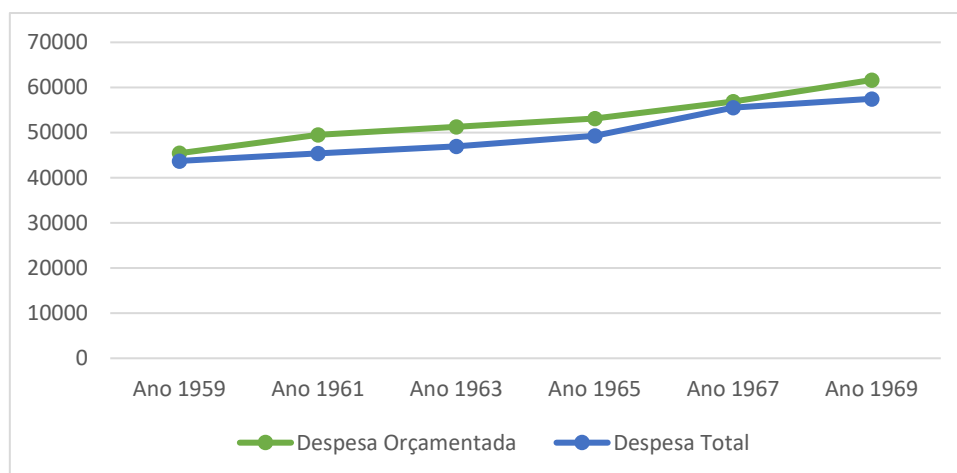
**Gráf. 16:** Despesa total do *Ministério da Saúde e Assistência* (1959-1969) e sua distribuição pelas respectivas Direções-Gerais – em contos [Fonte: *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de (1960-1970)*]<sup>897</sup>.



**Gráf. 17:** Evolução comparada da despesa orçamentada e da despesa total dos serviços de saúde do *Ministério do Interior* (1937-1957) [Fonte: *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de (1960-1970)*; *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1960-1970)*]<sup>898</sup>.

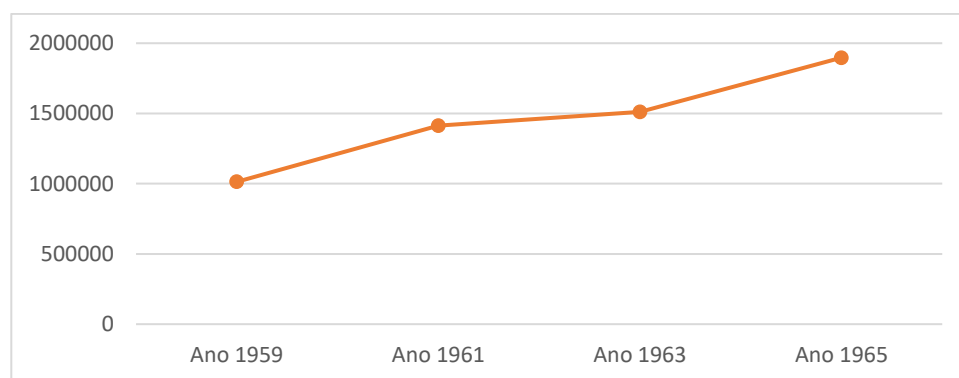
<sup>897</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>898</sup> Idem.



**Gráf. 18:** Evolução comparada da despesa orçamentada e da despesa total da *Direcção-Geral de Saúde* (1959-1969) [Fonte: *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de (1960-1970)*; *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1960-1970)*]<sup>899</sup>.

A mesma opinião seria partilhada por Maria Isabel Roque de Oliveira, que considerava que os gastos em saúde e assistência da administração central tinham crescido a um ritmo mais lento do que a despesa nacional. Estes números pareciam ser explicados por uma não inclusão dos valores concernentes à previdência e à administração local para a efectivação dos resultados, que não ultrapassariam 1,35% da despesa nacional, entre 1964 e 1966<sup>900</sup>.



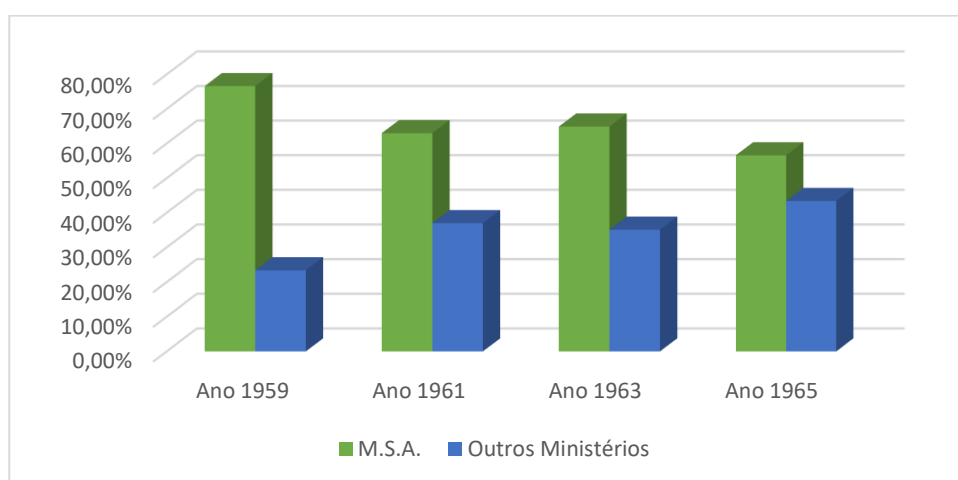
**Gráf. 19:** Evolução dos gastos do Estado com a saúde e a assistência (1959-1965), inscritos no Parecer para o *III Plano de Fomento* – em contos [Fonte: OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de, op. cit, p. 48-49]<sup>901</sup>.

<sup>899</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>900</sup> Cf. OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência, p. 48-49.

<sup>901</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

No que era relativo à diversificação de investimentos, quer no *Ministério da Saúde e Assistência*, quer em outros ministérios, o que observamos pelos dados referidos, é uma perda de preponderância do *Ministério da Saúde* e um ganho quantitativo dos outros ministérios, durante o período em estudo. Tal tinha como significado a evidente dispersão das actividades de saúde por serviços estranhos ao respectivo ministério, contrária à orientação que teve na base a criação do mesmo. Causava, pois, “estranheza” à *Câmara Corporativa* que, apesar de se ter criado um novo ministério, não se houvesse nele concentrado o principal esforço de manutenção e melhoria dos serviços de saúde e assistência<sup>902</sup>.



**Gráf. 20:** Percentagem de verbas sanitárias canalizadas para o *Ministério da Saúde e Assistência* e para outros ministérios (1959-1965), inscritas no Parecer para o *III Plano de Fomento* [Fonte: PARECER n.º. 9/IX, p. 1466]<sup>903</sup>.

Contudo, em artigo publicado no *Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, da autoria de Maria Isabel Roque de Oliveira, os números relativos às verbas sanitárias canalizadas para o *Ministério da Saúde e Assistência* e para os outros ministérios não são os semelhantes aos relatados no Parecer da *Câmara Corporativa* relativo ao *III Plano de Fomento*. Publicado em 1968, o artigo apresenta uma visão retrospectiva dos gastos públicos com saúde e assistência, servindo-se dos valores publicados pelos Orçamentos Gerais do Estado. Segundo o artigo, entre 1964 e 1966, o total de gastos com saúde e assistência teria crescido a uma taxa anual de 7,9%<sup>904</sup>. Contudo, quando a visão se alargava ao quinquénio 1964-1968, a taxa de crescimento

<sup>902</sup> Cf. PARECER n.º. 9/IX: PROJECTO DO III PLANO DE FOMENTO PARA 1968-1973 – CONTINENTE E ILHAS – ANEXO XIII – SAÚDE, p. 1466.

<sup>903</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>904</sup> Cf. OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência, p. 46.

anual subiria para os 11%<sup>905</sup>. Alfredo Bruto da Costa, em estudo concernente à evolução da despesa pública em saúde durante toda a década de sessenta, conclui que esta terá crescido à taxa média anual de 14,9%<sup>906</sup>. As despesas orçamentais ordinárias, em termos de saúde e assistência, relativas ao *Ministério da Saúde e Assistência* traduziam uma parcela de cerca de 85%<sup>907</sup> do total da despesa dos diferentes ministérios.

	Ano 1964	Ano 1965	Ano 1966	Ano 1967	Ano 1968
<b>Encargos Gerais da Nação</b>	25912	22854	24593	26042	27874
<b>Finanças</b>	1427	1452	1634	13711	18508
<b>Interior</b>	6594	6780	7605	7929	9439
<b>Justiça</b>	25633	26096	26577	19267	21181
<b>Exército</b>	23250	16647	16871	28106	32771
<b>Marinha</b>	16419	16730	19741	17934	18781
<b>Negócios Estrangeiros</b>	1161	1160	2166	893	2000
<b>Obras Públicas</b>	17411	23442	28498	25780	30572
<b>Ultramar</b>	959	1714	986	753	664
<b>Educação Nacional</b>	26268	28522	27830	32979	41334
<b>Economia</b>	138	209	280	332	416
<b>Comunicações</b>	450	732	550	835	937
<b>Corporações e P.S.</b>	695	713	750	582	605
<b>Saúde e assistência</b>	765132	824755	879040	942813	1007718
<b>TOTAL</b>	930196	1015316	1082980	1165503	1406945

**Tab. 14:** Evolução das despesas orçamentais ordinárias em saúde e assistência nos diferentes ministérios (1964-1968), segundo o estudo de Maria Isabel Roque de Oliveira – em contos.

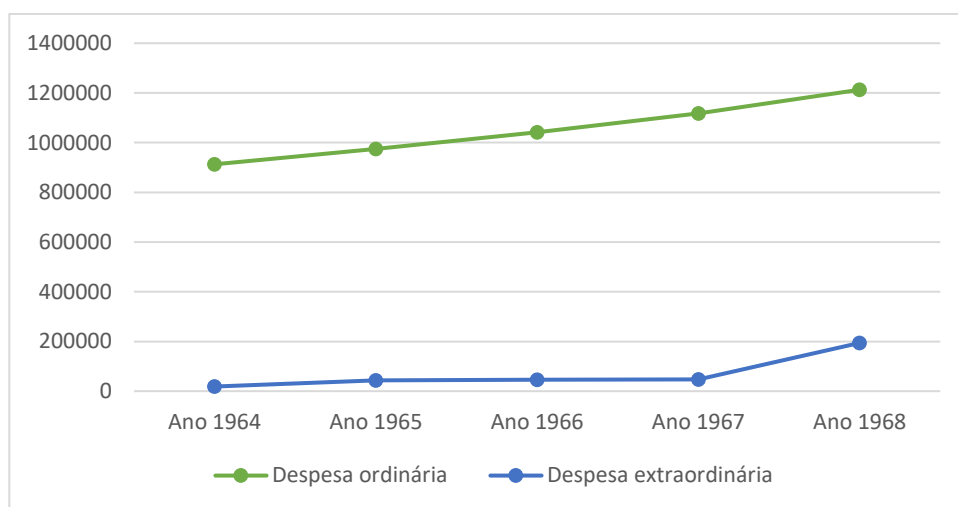
No que diz respeito à evolução das despesas orçamentais ordinárias e extraordinárias dos ministérios em relação à saúde e assistência, observa-se, segundo Maria Isabel Roque de Oliveira, um crescimento acentuado das despesas extraordinárias para o período decorrente entre 1964 e 1968, o que seria devido aos empreendimentos incluídos no *III Plano de Fomento*, custeados pelos Ministérios das Obras Públicas, Saúde e Assistência e, em menor escala, pelo *Ministério da Educação Nacional*<sup>908</sup>.

<sup>905</sup> Cf. OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência (1964/68). In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, nº. 18 (Abril-Junho 1970), p. 105.

<sup>906</sup> Cf. BRUTO DA COSTA, Alfredo – *A despesa social pública em Portugal (1960-1983)*. Lisboa: Departamento Central de Planeamento, 1986, p. 46.

<sup>907</sup> Cf. OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência, p. 47.

<sup>908</sup> Cf. OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência (1964/68), p. 106.

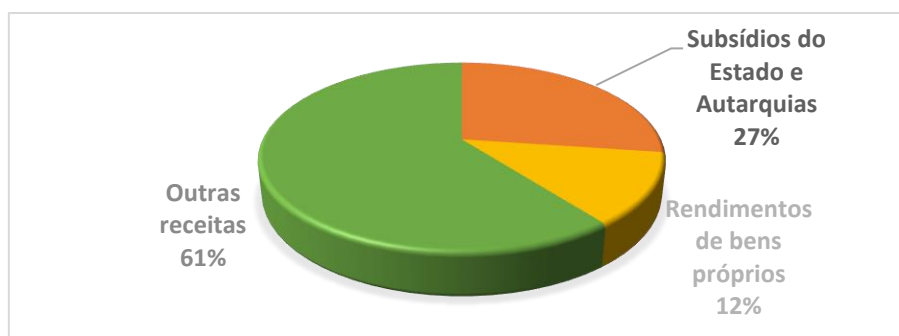


**Gráf. 21:** Evolução orçamental da despesa ordinária e extraordinária dos diferentes ministérios com saúde e assistência (1964-1968) – em contos [Fonte: OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência (1964/68), p. 106]<sup>909</sup>.

No que era relativo às receitas das instituições particulares de assistência, o montante era demasiadamente baixo, na ordem dos 816.430 contos, considerando-se a extensa rede de obras e estabelecimentos a cargo destas instituições. Segundo a *Câmara Corporativa*, esta exiguidade era explicada pelos serviços gratuitos prestados “e pela estrita economia que, em geral, se pratica”<sup>910</sup> naqueles estabelecimentos. Quando, contudo, nos apresentamos os números relativos ao ano de 1964, surge-nos uma dúvida. Não obstante os subsídios do Estado e das autarquias, as principais financiadoras destas instituições, são as intrigantes “outras receitas”, não especificadas pelo documento, que constituem mais de 60% dos fundos utilizados por estas instituições. Note-se, ainda, que o *III Plano de Fomento* tinha como objectivo a concessão de tratamento fiscal mais favorável, à parte do lucro das empresas privadas, destinado à constituição de fundações ou à atribuição de donativos para actividades de saúde e assistência.

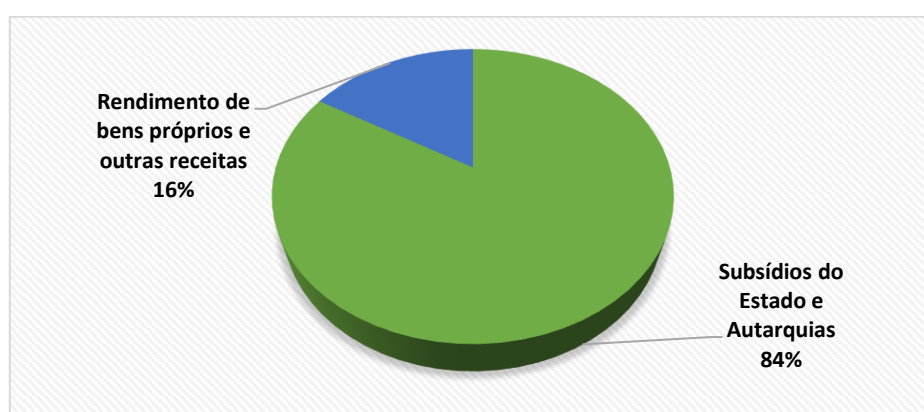
<sup>909</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>910</sup> Cf. PARECER n.º. 9/IX: PROJECTO DO III PLANO DE FOMENTO PARA 1968-1973 – CONTINENTE E ILHAS – ANEXO XIII – SAÚDE, p. 1468.



**Gráf. 22:** Proveniência das receitas das instituições particulares de assistência (1964), em percentagem, conforme o constante no Parecer do *III Plano de Fomento* [Fonte: PARECER nº. 9/IX, p. 1466]<sup>911</sup>.

Quanto às receitas dos estabelecimentos oficiais de saúde e assistência, durante o ano de 1964, podemos observar que eram essencialmente provenientes dos subsídios do Estado e das autarquias, na sua grande maioria (84%). Em 1964, observava-se, ainda, que as receitas da previdência, no campo da saúde e da assistência, aproximavam-se em muito das receitas dos estabelecimentos oficiais de saúde e assistência. Conforme ditava o Parecer, as despesas com saúde por parte da previdência tinham vindo a aumentar, havendo duplicado entre 1960 (245.937 contos) e 1964 (525.197 contos). Estas despesas, segundo o documento, tinham tendência a subir, em resultado do acordo com o I.A.N.T. para tratamento e internamento dos beneficiários, pensionistas e familiares e, principalmente, com o acordo com a *Direcção-Geral dos Hospitais* para o internamento de beneficiários, pensionistas e familiares.

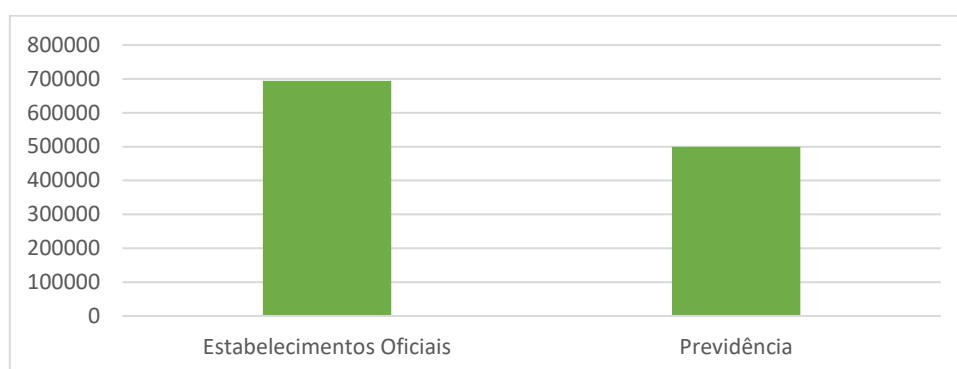


**Gráf. 23:** Proveniência das receitas das instituições oficiais de assistência (1964), em percentagem [Fonte: PARECER nº. 9/IX, p. 1466]<sup>912</sup>.

<sup>911</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>912</sup> Idem.





**Gráf. 24:** Receitas das instituições oficiais de saúde de assistência e das instituições de previdência neste sector (1964), conforme o constante no Parecer do *III Plano de Fomento* – em contos [Fonte: PARECER n.º 9/IX, p. 1466]<sup>913</sup>.

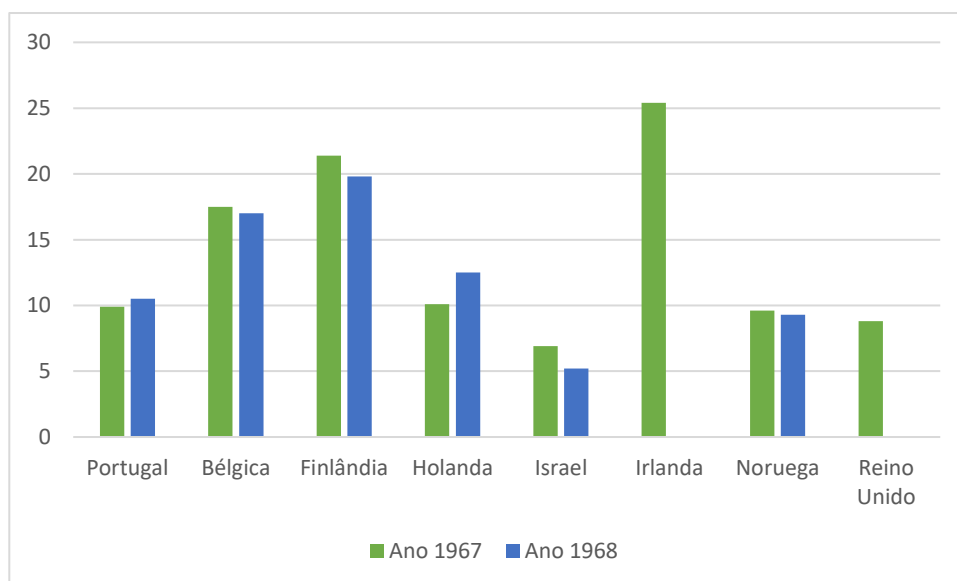
Na verdade, como concluiria Maria Isabel Roque de Oliveira, devido, em muito à dispersão dos serviços, tornava-se difícil contabilizar os gastos do sector público em saúde e assistência. Também muito difícil seria a análise da eficácia das verbas despendidas nos vários programas do sector. Esta quantificação, na sua opinião, tinha claro interesse para o planeamento do sector, dados os escassos recursos de que dispunha e os fracos níveis satisfatórios de bem-estar social que promovia<sup>914</sup>.

Do ponto de vista das comparações entre Portugal e os restantes países, observe-se a publicação de um artigo não assinado no *Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, que tinha como objectivo apresentar os números referentes às percentagens de gastos em saúde pública, segurança social e assistência, relativos aos anos de 1967 e 1968, em relação ao total de despesas orçamentais<sup>915</sup>. De entre os países analisados, incluíam-se países europeus (Portugal, Bélgica, Finlândia, Holanda, Noruega, Reino Unido) e, estranhamente, Israel. É deveras estranha a introdução deste país nesta temática, tendo em conta que muitos países europeus ficariam por analisar, nomeadamente Espanha, França ou Alemanha.

<sup>913</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>914</sup> Cf. OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência (1964/68), p. 109.

<sup>915</sup> Cf. Despesas em saúde: comparações internacionais. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 17 (Janeiro-Março 1970), p. 140-143.



**Gráf. 25:** Evolução comparada da percentagem de gastos com saúde pública, segurança social e assistência, em relação ao total de despesas orçamentais (1967-1968) [Fonte: Despesas em saúde: comparações internacionais. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 17 (Janeiro-Março 1970), p. 140-143].

Os dados obtidos demonstram que Portugal estava dentro da média, com uma percentagem de gastos na ordem dos 10% em relação ao total de despesas orçamentais. Estes resultados parecem-nos, contudo, pouco credíveis, muito díspares com os apresentados nos estudos da *Câmara Corporativa* e com os patentes nos orçamentos gerais do Estado. Resultados pouco fiáveis, também, devido à ausência de comparação com outros países europeus com sistemas de segurança social bastante desenvolvidos, como seria o caso da Alemanha. Da mesma forma, a inclusão de Israel neste painel, parece-nos forçada, mas conveniente, dado que era o país com menor percentagem de gastos com saúde pública, segurança social e assistência, em relação ao total de despesas orçamentadas. A sua inclusão seria, pois, uma clara forma de introduzir ficticiamente Portugal num plano intermédio em relação aos restantes países europeus.

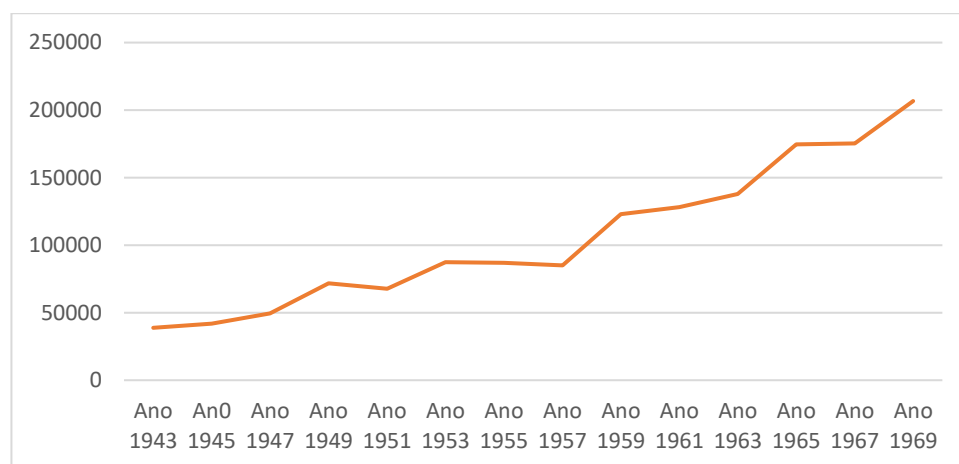
O mesmo artigo concluía que, em Portugal, a participação financeira do Estado no sector tinha aumentado, embora a tendência geral, “ao contrário do que se poderia julgar e em relação aos países desenvolvidos, traduz-se num não alargamento da participação do Estado no financiamento dos sistemas de segurança social”<sup>916</sup>. Tal

<sup>916</sup> Cf. Despesas em saúde: comparações internacionais, p. 143.

conclusão, a partir dos dados obtidos, parece-nos, da mesma forma, abusiva, por clara ausência de dados, mais uma vez, relativos a outros países, mas também ao ano de 1968, no que diz respeito à Irlanda e ao Reino Unido. Observa-se, a este nível, uma clara manipulação destes resultados constantes no *Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*.

### 2.6.1. Despesa dos Serviços Autónomos

Do ponto de vista sanitário, eram considerados serviços autónomos da administração central os *Hospitais Cíveis de Lisboa* e a *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Analisando a evolução das despesas orçamentais relativas a estes dois organismos, no período correspondente entre 1943 e 1969, podemos, observar, em ambos os casos uma evolução positiva. No que era concernente à despesa com os *Hospitais Cíveis de Lisboa*, observamos, durante este período um crescimento sustentado, com maior incremento a partir de 1957<sup>917</sup>.



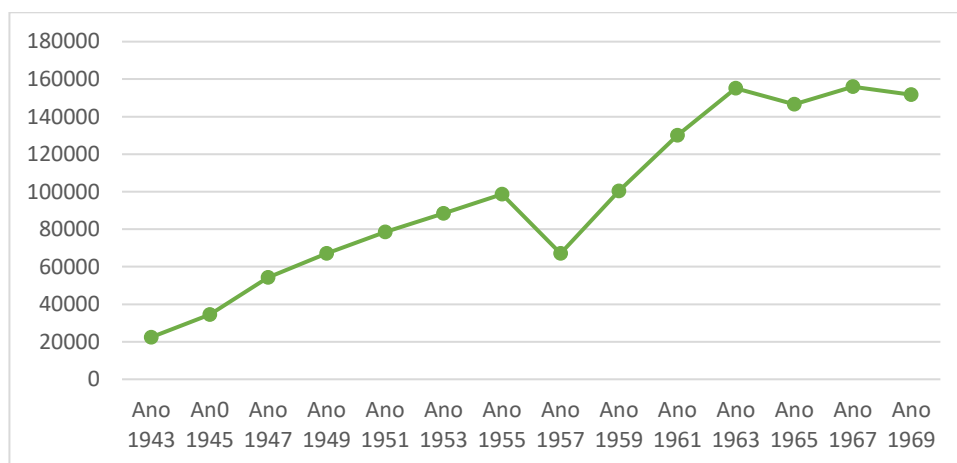
**Gráf. 26:** Evolução da despesa orçamental com os *Hospitais Cíveis de Lisboa* (1943-1969) – em contos  
**[Fonte:** *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1944-1970)*]<sup>918</sup>

No que dizia respeito à evolução da despesa orçamental relativa à *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, observamos, da mesma forma, uma evolução positiva, no

<sup>917</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1943-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1944-1970].

<sup>918</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

sentido de um crescimento sustentado do investimento, apesar de se observar uma clara regressão entre 1955 e 1957, rapidamente sanada nos anos seguintes, quando se retomou uma evolução ascendente até 1963 e uma posterior manutenção do investimento público<sup>919</sup>.



**Gráf. 27:** Evolução da despesa orçamental com a *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* (1943-1969) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1944-1970)*]<sup>920</sup>.

## 2.6.2. O Fundo de Socorro Social

O Fundo de Socorro Social foi estabelecido em 1945, com o fim de auxiliar os indivíduos em casos de calamidade ou sinistro, ou quando os recursos da sua economia familiar fossem, por circunstâncias anormais, insuficientes para satisfazer as necessidades mínimas da família. As receitas deste fundo eram várias e a sua aplicação ficava dependente de despacho do *Ministério do Interior*. Os dividendos seriam aplicados no socorro dos necessitados residentes nos concelhos onde fossem cobrados, ou em subsídios de cooperação a fundações ou instituições de assistência existentes nos mesmos concelhos e ainda na extinção da mendicidade. A orientação e coordenação das

<sup>919</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1943-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1944-1970].

<sup>920</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

iniciativas inscritas nesta obra competiam a uma comissão central presidida pelo ministro do Interior ou pelo subsecretário de Estado da Assistência Social<sup>921</sup>.

Receitas do Fundo de Socorro Social
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% sobre a receita bruta dos espectáculos cinematográficos, touradas, competições desportivas;</li> <li>• 2% sobre a receita bruta do teatro;</li> <li>• 6 escudos mensais por mulher, a pagar pelos industriais que empregassem 50 ou mais mulheres, quando não tinham organizada a assistência à maternidade e 1ª infância;</li> <li>• 10% sobre importâncias pagas em casinos, bares, cabarets e dancings;</li> <li>• 5 centimos sobre cada caixa de fósforos vendidas no país;</li> <li>• 10% sobre os direitos de importação do tabaco estrangeiro;</li> <li>• Subsídios permanentes ou eventuais do Estado;</li> <li>• Produto de subscrições e espectáculos públicos para esse fim;</li> <li>• Doações, heranças, legados e donativos;</li> <li>• Produto de vendas de mercadorias apreendidas e não reclamadas;</li> <li>• Multas aplicadas por infracção deste diploma;</li> <li>• Juros dos fundos capitalizados.</li> </ul>

**Tab. 15:** Receitas do Fundo de Socorro Social, de acordo com o Decreto-Lei nº. 35427, alterado pelo Decreto-Lei nº. 35581 (1946).

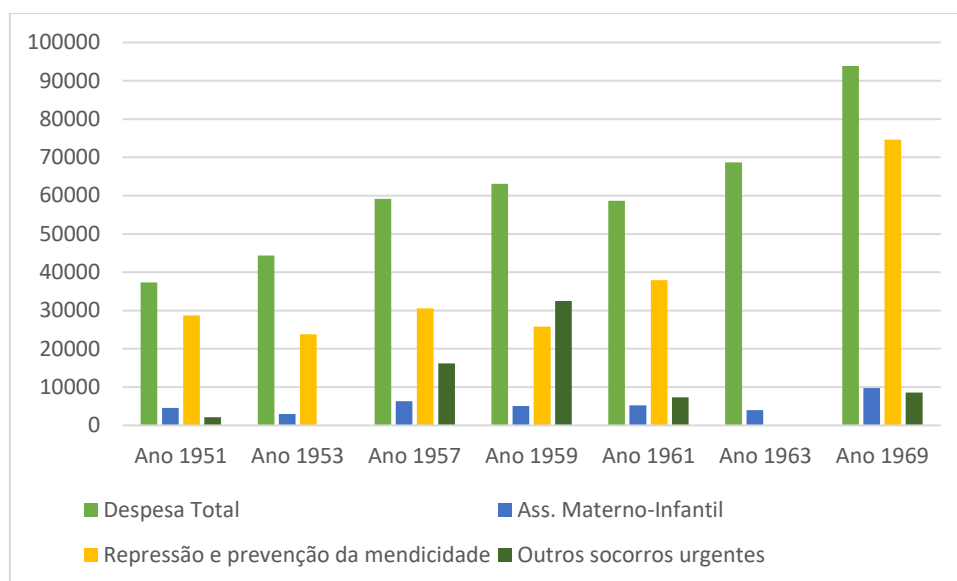
Em 1947, o Fundo de Socorro Social passava a ser aplicado na repressão da mendicidade, na prestação de socorros urgentes, nomeadamente em casos de calamidade pública ou sinistro, e na assistência materno-infantil. A partir dessa data, as receitas deste fundo aplicadas à repressão da mendicidade e na assistência aos mendigos não poderiam ser inferiores a 80% da importância total arrecadada para cada ano. A receita destinada à assistência materno-infantil era canalizada em colaboração com os Institutos Maternal e de Assistência à Família<sup>922</sup>.

Entre 1951 e 1969, observou-se claramente um aumento da despesa total deste Fundo. Entre as suas finalidades, observava-se que a assistência materno-infantil seria a menos afectada a estes subsídios, essencialmente voltados para a repressão e prevenção da mendicidade e para a assistência a socorros urgentes. No ano de 1959, a prestação de

<sup>921</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35427. *Diário do Governo, I Série*. 291, (1945-12-31), p. 1351; DECRETO-LEI nº. 35581. *Diário do Governo, I Série*. 73, (1946-05-04), p. 216.

<sup>922</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 36604. *Diário do Governo, I Série*. 273, (1947-11-24), p. 1159.

subsídios para socorros urgentes seria superior aos anos anteriores, possivelmente como resposta aos danos decorrentes da erupção dos Capelinhos, em 1958<sup>923</sup>.



**Gráf. 28:** Distribuição de verbas pelo Fundo de Socorro Social (1951-1969) [Fonte: *Boletim da Assistência Social* (1951-1969)]<sup>924</sup>.

Em 1958, com a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, este organismo passou a tutelar o Fundo. Em 1959, seria emitido um Ofício-Circular como resposta aos frequentes pedidos de subsídios, por parte das câmaras municipais, dirigidos àquele ministério, para resolver problemas locais por intermédio do Fundo de Socorro Social. Nesse sentido, o diploma advertia que o Fundo não podia desviar as suas verbas para atender pedidos que não cabiam nos seus fins específicos – mendicidade, assistência materno-infantil e socorros urgentes a instituições de assistência. Os subsídios do Fundo

<sup>923</sup> Cf. Socorro Social: Relatório relativo à gerência de 1951. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 107/110, Janeiro/Dezembro 1952, p.132; Socorro Social: Relatório de gerência de 1953. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 115/116, Janeiro/Junho 1954, p.254; Socorro Social: Relatório de gerência de 1957. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 135/136, Janeiro/Junho 1959, p.256; Socorro Social: Relatório de gerência de 1959. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 139/140, Janeiro/Junho 1960, p.321; Socorro Social: Relatório de gerência de 1961. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho 1962, p.354; Socorro Social: Relatório de gerência de 1963. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 155/156, Janeiro/Dezembro 1964, p. 355; MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Fundo de Socorro Social: Relatório da Gerência de 1969*. Lisboa: Direcção-Geral de Assistência, 1970.

<sup>924</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

eram muito reduzidos, sendo orientados para os primeiros socorros urgentes às famílias pobres atingidas em casos de catástrofes, calamidades públicas ou sinistros<sup>925</sup>.

A partir de 1959, o Fundo de Socorro Social passava a ser canalizado para uma causa específica, gozando do apoio do ministro da Saúde e Assistência. Em 1959, a campanha seria relativa à luta contra a mendicidade, conduzida pelo *Ministério do Interior*, havendo o Fundo atribuído 9000 contos a esta causa. Em 1960, o apelo era pôr termo à situação dos inválidos pobres ou indigentes e fornecer a todos as ortóteses de que necessitavam<sup>926</sup>, bem como o melhor apetrechamento dos serviços de sangue<sup>927</sup>. Para 1963, o apelo estava relacionado com o solucionamento do problema de falta de incubadoras nas unidades hospitalares, essenciais para salvar crianças prematuras<sup>928</sup>.

Ainda em 1960, seria publicado um Decreto-Lei que ordenava que os fundos depositados na *Caixa Geral de Depósitos, Crédito e Previdência* sob a designação da comissão executiva da Campanha de Auxílio aos Pobres de Inverno ou sob a designação de “Socorro de Inverno”, bem como os juros dos mesmos fundos capitalizados, deveriam reverter para o Fundo de Socorro Social, à ordem da *Direcção-Geral de Assistência*<sup>929</sup>. Em 1961, seria publicado novo decreto-lei que regulava que as receitas deste fundo deviam ser aplicadas na prevenção e repressão da mendicidade e na assistência aos mendigos, num montante não inferior a 60% das receitas totais desse ano<sup>930</sup>.

Uma carta encontrada no *Fundo Oliveira Salazar* prova que, pelo menos entre 1956 e 1961, foram atribuídos subsídios à CÁRITAS, através da *Direcção-Geral de Assistência*, pelo Fundo de Socorro Social, para o pagamento do transporte de géneros provenientes de instituições americanas para auxílio aos mais necessitados<sup>931</sup>.

---

<sup>925</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – OFÍCIO-CIRCULAR nº. 102/2 B (1959-10-21). In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 137/138, Julho/Dezembro 1959, p.354.

<sup>926</sup> Cf. MARTINS DE CARVALHO, Henrique – Mais e melhor: Em defesa da Grei – Um apelo, p. 97.

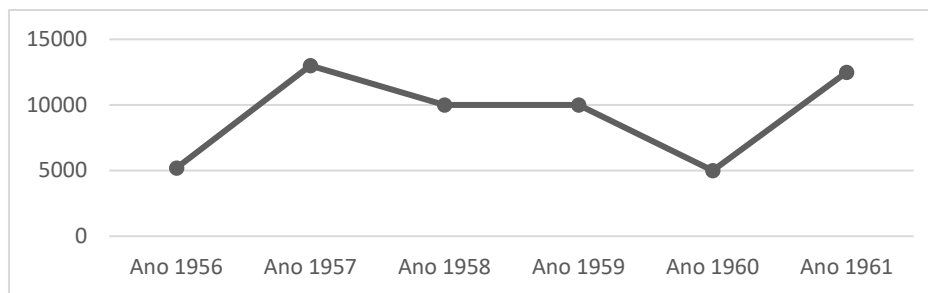
<sup>927</sup> Cf. O dia-a-dia do Ministério. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 92-93, Fevereiro-Março, 1960, p. 32.

<sup>928</sup> Cf. O Fundo de Socorro Social: Sua Actividade em 1961. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Julho, 1962, p. 145.

<sup>929</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 42866. *Diário do Governo, I Série*. 51, (1960-03-02), p. 733.

<sup>930</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 43474. *Diário do Governo, I Série*. 15, (1961-01-18), p. 37.

<sup>931</sup> Cf. Carta da CARITAS para a Direcção-Geral de Assistência (Lisboa, 27 Junho 1962). In ANTT-*Arquivo Oliveira Salazar*, CO/PC-76, pt. 4.



**Gráf. 29:** Subsídios para a CÁRITAS outorgados pelo Fundo de Socorro Social (1956-1961), em contos

[Fonte: *Boletim da Assistência Social* (1956-1961)]<sup>932</sup>.

Segundo o *Estatuto da Saúde e Assistência*, datado de 1963, o governo poderia determinar o lançamento, a favor deste Fundo, de taxas cujo produto tinha como objectivo satisfazer encargos relativos a socorros urgentes, em casos de calamidades e sinistros, e a prevenir a mendicidade. Essas taxas deviam incidir sobre objectos de luxo, espectáculos e divertimentos<sup>933</sup>. Nova legislação, produzida em 1963, advertia que a orientação e coordenação das iniciativas ligadas a este Fundo competiam a uma comissão central, que funcionava no *Ministério da Saúde e Assistência*, presidida pelo respectivo ministro. Dessa comissão central faziam parte o governador-civil de Lisboa, o secretário nacional de Informação, Cultura Popular e Turismo, o director-geral de Assistência e o director do Serviço de Repressão da Mendicidade, do *Ministério do Interior*, os representantes do *Patriarcado Nacional*, da *União Nacional*, da *Legião Portuguesa* e da *Mocidade Portuguesa* e seis indivíduos escolhidos pelo *Ministério da Saúde e Assistência* com especial interesse na protecção dos necessitados<sup>934</sup>.

Na angariação de fundos e na propaganda da obra de socorro social, a comissão central era coadjuvada por comissões distritais ou especiais, presididas em Lisboa pelos vogais da comissão central, e nos distritos pelos governadores-civis.

<sup>932</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>933</sup> Cf. LEI n.º. 2120, p. 972.

<sup>934</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 44854. *Diário do Governo*, I Série. 13 (1963-01-16), p. 29.



### 2.6.3. O Financiamento pela *Fundação Calouste Gulbenkian*

Em 1956, foi criada a *Fundação Calouste Gulbenkian*, sendo publicados os seus estatutos. Deles, constavam as finalidades desta instituição: caritativas, científicas, artísticas e educativas<sup>935</sup>. A partir desse ano, a *Fundação Calouste Gulbenkian* começou a canalizar algumas verbas para fins assistenciais. Em 1956, a Fundação aplicaria 5.500 contos em hospitais, verba distribuída entre o *Hospital D. Estefânia* e o *Hospital Infantil de Montemor-o-Novo*. Esta quantia corresponderia a cerca de 9% do total do investimento realizado em Portugal por esta fundação<sup>936</sup>.

Ao longo dos anos, a fundação aumentaria o seu investimento em Portugal, direccionado para diversos fins. Na verdade, a caridade não era o seu principal objectivo de financiamento, como mostram os números. Conforme é possível encontrar nos relatórios e contas daquela fundação, a finalidade caritativa era considerada “uma bela função”, direccionada para o “próximo mais necessitado de amparo”<sup>937</sup>. Contudo, esta instituição era contrária à dádiva directa, não sendo os subsídios distribuídos “através do bater à porta e do estender de mão”<sup>938</sup>. Na verdade, a fundação parecia aproveitar as organizações já experimentadas e concedia-lhes subsídios, com vários objectivos: aumentar as instalações, apetrechar oficinas de instituições benemerentes, desenvolver a assistência clínica, apetrechando-a. Para a fundação “tudo isto é a melhor maneira de exercer a caridade”<sup>939</sup>.

Em 1957, a rainha britânica Isabel II visitou Portugal. Para comemorar a efeméride, a *British Chamber of Commerce in Portugal* resolveu dar um donativo com o valor de 220.030\$, destinado à compra de mobiliário para uma enfermaria de crianças no *Hospital D. Estefânea*. Contudo, esta Câmara solicitaria o auxílio da *Fundação Calouste Gulbenkian*, que acedeu e se prontificou a custear as despesas da instalação de

---

<sup>935</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 40690. *Diário do Governo, I Série*. 150, (1956-07-18), p. 1098.

<sup>936</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-PC 55, pt. 32.

<sup>937</sup> IDEM - *Ibidem*, CO-PC 55, pt. 32.

<sup>938</sup> IDEM - *Ibidem*, CO-PC 55, pt. 32.

<sup>939</sup> IDEM - *Ibidem*, CO-PC 55, pt. 32.

um serviço médico-cirúrgico para crianças, dispensando uma verba de 2000 contos e doando anualmente, durante os 3 primeiros anos, a quantia de 500 contos<sup>940</sup>.

Atribuindo, ainda, a partir de 1958, um subsídio de 1000 contos para as misericórdias, a política assistencial da *Fundação Calouste Gulbenkian*, em termos ideológicos, parecia alinhar com o regime, baseando a sua acção, nem sequer na assistência, mas sim na caridade, como várias vezes sublinham os documentos por ela emanados.

Os dados estatísticos mostram-nos que o investimento para fins caritativos foi sustentado, crescendo, contudo, a partir de meados dos anos sessenta. No entanto, a despesa para estes fins nunca ultrapassaria os 14% das verbas totais disponibilizadas por esta instituição. Por seu turno, quando comparadas com o investimento total feito pela fundação em Portugal, as verbas para fins caritativos nunca ultrapassariam os 23%<sup>941</sup>.

Pelo menos entre 1961 e 1965, temos evidências que José de Azeredo Perdigão, em nome do conselho de administração a que presidia, punha à disposição do presidente do Conselho, em época natalícia, um cheque no valor de 100.000 escudos para Salazar “aplicar nos fins beneficentes que melhor entender”, em “harmonia com uma tradição em boa hora iniciada pelo nosso Fundador”<sup>942</sup>.

Como já verificámos anteriormente, em 1965, a *Fundação Calouste Gulbenkian* decidiu doar a quantia de 20.000 contos para a renovação das instalações e o apetrechamento do *Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge*<sup>943</sup>. A sua contribuição para a implementação de um Plano Nacional de Vacinação foi também extremamente importante, como abordaremos, mais à frente, em capítulo específico.

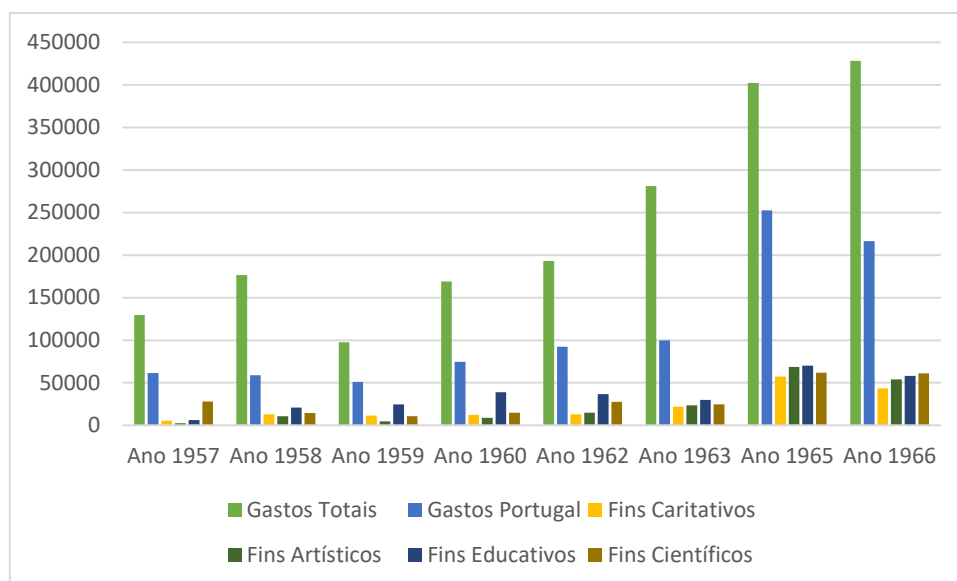
---

<sup>940</sup> Cf. A Câmara do Comércio Britânica e a Fundação Calouste Gulbenkian, beneméritas do Hospital D. Estefânea. In *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa*, vol. 21(3), 1957, p. 121-123.

<sup>941</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-PC 55, pt. 32.

<sup>942</sup> Cf. “Cartas de José Azeredo Perdigão ao Presidente do Conselho, datadas de 14-12-1961, 17-12-1962, 16-12-1965”. In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/PC-66, cx. 640, pt. 32.

<sup>943</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 46306, p. 501.



**Gráf. 30:** Despesa da *Fundação Calouste Gulbenkian* (1957-1966), em contos [Fonte: ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-PC 55, pt. 32]<sup>944</sup>.

<sup>944</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



## **CAPÍTULO 3**

### **A EVOLUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA PREVIDÊNCIA (1933-1968)**



Durante o *I Congresso da União Nacional*, o então director-geral da Assistência, Luiz Martim Machado Pinto<sup>945</sup>, apresentou uma dissertação sobre o estado da assistência em Portugal. Na verdade, este foi um dos poucos pensadores presentes que apontou a previdência enquanto solução para todos os problemas assistenciais. Segundo ele, a miséria poderia ser conjurada “em muitos casos, e talvez em todos, pela previdência em várias das suas manifestações”. Na sua opinião, “a tendência deveria ser toda a favor da previdência para que esta, no futuro, pudesse vir a eliminar a miséria”<sup>946</sup>.

Em relação à previdência, como já verificámos, o regime corporativo instituído pelo Estado Novo revogou muitas das disposições legisladas durante o anterior regime, por considerá-las essencialmente estatizantes, laicas e socialistas, como afirmou Pedro Teotónio Pereira<sup>947</sup>, na sua obra intitulada *A Batalha do Futuro: Organização*

---

<sup>945</sup> **Luís Martim Machado Pinto (1881-1948)**: nasceu em Vila Real e cumpriu a carreira de funcionário público durante mais de 40 anos. Começou como empregado privativo da filial da *Caixa Geral de Depósitos*, em Vila Real, sendo depois nomeado 2.º aspirante de finanças na mesma cidade. Posteriormente, ascendeu ao quadro dos oficiais, tendo sido transferido para Lisboa, onde permaneceu até 1911, quando foi convidado a ingressar no quadro da Secretaria-Geral do *Ministério do Interior*. Serviu neste ministério nos vários graus da hierarquia oficial até 1927, quando foi nomeado director-geral da Segurança Pública. Foi nomeado depois director-geral de Assistência em Agosto de 1928, cargo que desempenhou até Janeiro de 1938. Nesse ano foi compelido ao abandono da carreira pública. Assumiu várias comissões de serviço ao longo da vida. Cf. INSTITUTO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA - PINTO, Luís Martim Machado. In *História da I República*. [Em linha], [cons. 15 Março 2013]. Disponível em WWW: [http://www.primeirarepublica.org/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2936:pinto-luis-martim-machado-1881-1948&Itemid=13](http://www.primeirarepublica.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2936:pinto-luis-martim-machado-1881-1948&Itemid=13)

<sup>946</sup> PINTO, Luís Martim Machado – *Breve Notícia apresentada pela Direcção Geral de Assistência ao I Congresso da União Nacional*. Lisboa: Ministério do Interior, 1934, p. 9.

<sup>947</sup> **Pedro Teotónio Pereira (1902-1972)**: licenciado em matemáticas pela *Universidade de Lisboa*, especializou-se na Suíça e, de regresso a Portugal, montou o ramo vida na *Companhia de Seguros Fidelidade*, que pertencia à sua família. Durante a sua juventude estudantil foi influenciado por António Sardinha e pelo Integralismo Lusitano. Contudo, entrou na vida política pela mão de Salazar, alcançando os mais altos postos na hierarquia do Estado Novo. Em 1928, Salazar chamou-o para colaborador, tornando-o, desde então, um seu discípulo e um activo doutrinador do corporativismo. Em 1933, com 31 anos, tornou-se subsecretário de Estado das Corporações e da Previdência Social e, em Janeiro de 1936, foi nomeado ministro do Comércio e da Indústria. Durante este período, foi o principal dinamizador da organização corporativa das actividades económicas e sindicais, lançando as bases do sistema de previdência social. Em 1937, em mercê da confiança política nele depositada, foi nomeado «agente especial» do Governo português junto do regime franquista durante a Guerra Civil. Em Junho de 1938 foi

*Corporativa*, datada de 1937<sup>948</sup>. A assistência social ampla, na sua opinião, seria “a escravidão de uma minoria”, obrigada ao sustento de uma maioria de ociosos. Pensava, ainda, apenas aceitável a imposição de seguros sociais universais se se quisesse “impor aos Estados e aos patrões a introdução de seguros sociais à maneira de uma brecha de demolição e esgotamento aberta no flanco da sociedade burguesa”<sup>949</sup>. Por tal, defendia uma orientação subordinada à lógica da solidariedade entre as corporações e à valorização da iniciativa privada.

Na verdade, a grande inspiração doutrinal da previdência do Estado Novo insere-se na Constituição de 1933 e no *Estatuto do Trabalho Nacional*, numa sociedade em que os grupos deveriam constituir corpos unos e não classes antagónicas. Seria, ainda, baseada na encíclica *Rerum Novarum*, do papa Leão XIII, expressão da doutrina social da Igreja, defensora da concórdia entre um corpo uno de patrões e trabalhadores, que extinguisse a luta de classes. Há, ainda, que fazer referência à encíclica *Divini Redemptoris*, datada de 1937, assinada por Pio XII, que referia a necessidade de assegurar a justiça social, criando instituições de seguros públicos ou privados em caso de velhice, doença ou desemprego<sup>950</sup>.

Em 1929 tinha sido criada a *Caixa Nacional de Previdência*, uma instituição autónoma que tinha a seu cargo a previdência mútua do funcionalismo público, pertencendo-lhe todos os serviços de aposentação, reformas, montepios “e outros auxílios semelhantes”<sup>951</sup>. Esta instituição fazia parte dos serviços anexos à *Caixa Geral de Depósitos*, que passaria a designar-se *Caixa Geral de Depósitos, Crédito e Previdência*. Nesta Caixa seriam incorporadas algumas das instituições destinadas a garantir a reforma ou aposentação dos servidores do Estado. Os montepios também

---

nomeado embaixador português em Espanha. Nessa qualidade, foi o principal executor da diplomacia peninsular salazarista, antes e depois da II Guerra Mundial, assumindo um decisivo papel na celebração do Pacto Ibérico, em 1939, e em toda a acção tendente a manter Franco fora do alinhamento militar com as potências do Eixo, durante o conflito. Terminada a guerra ocupou todos os postos cruciais da diplomacia portuguesa no pós-guerra. Em 1956, foi designado para o Conselho de Administração da *Fundação Calouste Gulbenkian*. Em 1958, foi nomeado ministro da Presidência, após o rescaldo das eleições presidenciais desse ano. Após abandonar o governo, retomaria as suas funções na *Fundação Calouste Gulbenkian*, até à sua morte. Cf. ROSAS, Fernando - PEREIRA, Pedro Teotónio. In ROSAS, Fernando; BRANDÃO DE BRITO, J.M. [dir.] - *Dicionário de História do Estado Novo*. [Lisboa]: Círculo de Leitores, 1996. vol. II, p. 718-719.

<sup>948</sup> Cf. PEREIRA, Pedro Teotónio – *A Batalha do Futuro: Organização Corporativa*. Lisboa: Clássica, 1937, p. 57.

<sup>949</sup> Cf. LUCENA, Manuel – *Previdência Social*. In MÓNICA, Maria Filomena Mónica; BARRETO, António [coord] – *Dicionário da História de Portugal*. Vol. 9, Figueirinhas, p. 153.

<sup>950</sup> Cf. PARECER n.º. 39/VIII: REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, p. 1261.

<sup>951</sup> Cf. DECRETO n.º. 16667. *Diário do Governo, Série I*. 70 - Suplemento (1929-03-27), p. 725.



deviam ingressar nesta Caixa, organismos com a finalidade exclusiva de assegurar pensões aos herdeiros dos seus sócios, em condições determinadas.

A criação da *Caixa Nacional de Previdência* permitiu concentrar numa só entidade diversas instituições de reforma e de socorros mútuos. O artigo 3º do Decreto nº. 16667, refere que ficaria a cargo desta Caixa uma instituição especial, denominada *Caixa Geral de Aposentações*, onde ficariam reunidos todos os serviços a cargo da *Caixa de Aposentações* (aposentações e reformas relativas ao pessoal das câmaras municipais, clero paroquial e professores primários), caixas de aposentações das várias polícias, do pessoal das extintas administrações de concelhos, dos arsenais do Exército e da Marinha e da *Cordoaria Nacional*, da *Imprensa Nacional* e da *Casa da Moeda* e das caixas de reformas do pessoal das obras públicas e do pessoal dos caminhos de ferro do Estado<sup>952</sup>.

Em 1933, foi criado, junto da Presidência do Conselho, o *Subsecretariado de Estado das Corporações e da Previdência Social*, que superintenderia o *Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral*. Inicialmente, este subsecretariado foi ocupado por Pedro Teotónio Pereira, entre 1933 e 1936<sup>953</sup>. Contudo, poucos meses após a sua criação, seria extinto o *Instituto*, bem como as entidades conexas, no quadro da criação do novo *Instituto Nacional do Trabalho e da Previdência*<sup>954</sup>.

Em 1934 foi criado o *Montepio dos Servidores do Estado*, através do Decreto-Lei nº. 24046, sublinhando a sua afectação à *Caixa Nacional de Previdência*<sup>955</sup>. Este organismo possuía como objectivo assegurar, num regime de igualdade geral, as pensões às famílias dos seus contribuintes, sendo gerido superiormente pelo conselho de administração da *Caixa Geral de Depósitos*. Neste organismo seriam incorporados e considerados extintos o *Montepio Oficial*, o *Montepio dos Sargentos de Terra e de Mar*, o *Montepio da Guarda-Fiscal*, o *Montepio da Guarda Nacional Republicana*, *Montepio das Alfândegas* e a *Caixa de Auxílio aos Empregados Telégrafos-Postais*. O governo considerava estas últimas instituições com uma “existência anómala” na economia nacional, possuindo o futuro comprometido ou duvidoso<sup>956</sup>.

---

<sup>952</sup> Cf. DECRETO nº. 16667, p. 725.

<sup>953</sup> Cf. DECRETO nº. 22428. *Diário do Governo, Série I.* 82 (1933-04-10), p. 606.

<sup>954</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 23053. *Diário do Governo, Série I.* 217 (1933-09-23), p. 1671-1674.

<sup>955</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 24046. *Diário do Governo, Série I.* 144 (1934-06-21), p. 865-875.

<sup>956</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar/CO/FI-6/cx. 249, pt. 4.

Esta fusão resultava de uma falta de unidade e de sistema nas bases orgânicas, na administração e no funcionamento destas instituições, numa ausência das “verdadeiras relações que devem existir entre a sua natureza, os seus meios e os seus fins ou, por outras palavras, entre as ideias ou contribuições dos sócios e o quantitativo ou eficácia das pensões”, tal era a condição manifesta dos montepios que, tendo ou não carácter oficial, eram directa ou indirectamente subvencionados pelo Estado. O governo considerava que tudo estava disposto para que estes organismos viessem a ser corpos autónomos, desiguais, desconexos, errantes, alimentados clara ou disfarçadamente quase apenas pelo Estado, numa dispersão administrativa que não lhe convinha. Era, pois, necessário fundir todos estes organismos num só instituto geral, sob um regime de igualdade e de justiça distributiva e sob uma alta direcção disciplinada<sup>957</sup>.

Em 1935, seria publicada a *Lei da Previdência Social*, a Lei nº.1884. Segundo este diploma seriam constituídas *Caixas Sindicais de Previdência* e *Caixas de Reforma ou de Previdência*, conforme havia previsto o *Estatuto do Trabalho Nacional*. Estas instituições estavam vocacionadas para a protecção dos trabalhadores contra os riscos da doença, da invalidez e do desemprego involuntário, garantindo-lhes as suas pensões de reforma. Os descontos eram realizados por capitalização, originando uma previdência variável e desigual em função da capacidade económica de cada empresa e de cada sector<sup>958</sup>. No Parecer 2/I da *Câmara Corporativa*, sobre as instituições de previdência social, ficava bem esclarecida a orientação governativa nesta área: “o «social» tem de ser condicionado pelo económico”<sup>959</sup>.

Numa perspectiva corporativista, cabia aos grémios, aos sindicatos nacionais e respectivas federações a iniciativa de organização destas instituições de previdência, por meio de acordos estabelecidos, ou por efeito dos contractos colectivos de trabalho<sup>960</sup>, que o Estado Novo impôs em vários sectores da actividade. De facto, como bem notara Irene Pimentel, esta legislação deixava de fora os trabalhadores rurais, vocacionada que era para os sectores da indústria, do comércio e dos serviços<sup>961</sup>. Da mesma forma, não abrangia a protecção em caso de doenças profissionais, de doenças infecciosas como a

---

<sup>957</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/FI-6/cx. 249, pt. 4.

<sup>958</sup> Cf. VARELA, Raquel, *op. cit.*, p. 37.

<sup>959</sup> PARECER 2/I: INSTITUIÇÕES DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Suplemento do Diário das Sessões*. 9 (1935-02-06), p. 157.

<sup>960</sup> Cf. LEI nº. 1884. *Diário do Governo, Série I*. 61 (1935-03-16), p. 385-387.

<sup>961</sup> Cf. PIMENTEL, Irene Flunser - A Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos Anos 30 e 40, p. 482-483.

tuberculose (que em muitos sectores da actividade constituía, também, uma doença profissional), e em caso de maternidade. Note-se que a licença de parto, na indústria, só seria instituída dois anos depois, em 1937<sup>962</sup>.

Deste modo, o Estado deixava a promoção, o financiamento e a administração das actividades de previdência aos interessados organizados nas respectivas corporações, por considerar um erro económico, político e social a concentração, sob a sua égide, dessas responsabilidades, reservando apenas uma função fiscalizadora e orientadora do sector. Segundo José António Pereirinha e Daniel Carolo, a estrutura da previdência reiterada pela Lei nº 1884 podia ser considerada como um conjunto de organismos que compunham três sectores distintos: a) o sector corporativo (instituições de previdência dos organismos corporativos – caixas sindicais de previdência, caixas de previdência das casas do povo e casas dos pescadores), b) o sector privado (caixas de reforma ou de previdência e as associações de socorros mútuos), c) o sector público (instituições de previdência dos servidores do Estado e dos corpos administrativos – *Caixa Geral de Aposentações e Montepio dos Servidores do Estado*)<sup>963</sup>.

O Decreto nº. 25935, ainda datado de 1935, regulava as caixas sindicais de previdência, observadas como instituições de natureza corporativa, criadas por iniciativa dos grêmios e sindicatos nacionais por meio de acordos ou por contractos colectivos de trabalho, cobrindo os riscos de doença, invalidez, velhice e desemprego, sendo o financiamento baseado em contribuições das entidades patronais e trabalhadores, sem comparticipação financeira do Estado<sup>964</sup>. Pelo Decreto nº 23051 foram criadas as casas do povo, ainda durante o ano de 1933, que também estavam vocacionadas para a previdência, daí resultando a criação das caixas de previdência das casas do povo<sup>965</sup>. Contudo, pelo Decreto-Lei nº. 30710, em 1940, as casas do povo passaram a exercer directamente as funções de previdência social<sup>966</sup>.

As casas dos pescadores foram criadas em 1937, através da Lei nº. 1953, possuindo, desde a sua génese, fins de previdência social, abrangendo obrigatoriamente

---

<sup>962</sup> Cf. LEI nº. 1952. *Diário do Governo, Série I.* 57 (1937-03-10), p. 203-205.

<sup>963</sup> Cf. PEREIRINHA, José A.; CAROLO, Daniel – Construção do Estado Previdência em Portugal no Período do Estado Novo (1935-1974): notas sobre a evolução da despesa social. In *DE Working Papers*, nº. 30, 2006, p. 9.

<sup>964</sup> Cf. DECRETO nº. 25935. *Diário do Governo, Série I.* 237 (1935-10-12).

<sup>965</sup> Cf. DECRETO nº. 23051. *Diário do Governo, Série I.* 217 (1933-09-23).

<sup>966</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 30710. *Diário do Governo, Série I.* 201 (1940-08-29).

todos os trabalhadores marítimos<sup>967</sup>. Conforme podemos observar no Parecer 89/I da *Câmara Corporativa*, as casas dos pescadores eram consideradas “organismos de cooperação social”<sup>968</sup>, tendo por fim o estudo e a defesa dos interesses profissionais nos seus aspectos moral, económico e social, como acontecia com os sindicatos nacionais. Contudo, para além dessa função de representação profissional, as casas dos pescadores possuíam também como finalidade a educação e a instrução, bem como actividades de previdência e assistência. Neste campo último, a sua actuação baseava-se na concessão de subsídios ou pensões nos casos de nascimento de filhos, doença, inabilidade ou velhice, morte, perda de pequenas embarcações ou aparelhos de pesca, e distribuição de roupas e alimentos em épocas de grandes crises e invernias.

As caixas de reforma ou de previdência, reguladas pelo Decreto nº 28321, eram instituições de natureza não corporativa, criadas por iniciativa dos interessados, e de inscrição obrigatória, cobrindo os riscos de doença, invalidez e velhice, sendo o financiamento baseado exclusivamente em contribuições das entidades patronais e trabalhadores<sup>969</sup>. As associações de socorros mútuos encontravam-se regulamentadas pelo Decreto nº 19281 e pelo Decreto nº 20944, e eram instituições de inscrição facultativa.<sup>970</sup> As instituições de previdência dos servidores do Estado e dos corpos administrativos eram constituídas pela *Caixa Geral de Aposentações*, criada em 1929, e o *Montepio dos Servidores do Estado*, criado em 1934<sup>971</sup>. Algumas destas instituições prestavam cuidados de saúde e assistência, como veremos adiante.

Em 1940, foi ainda publicado o Decreto nº. 30711, que atribuía ao governo a possibilidade de criação de caixas de reforma ou previdência<sup>972</sup>. Na mesma linha, o Decreto-Lei nº. 32674, publicado em Fevereiro de 1943, visava fomentar e facilitar a constituição de instituições de previdência e a integração das existentes no plano de previdência social estabelecido pela Lei nº. 1884, definindo disposições relativas à organização das instituições. Através deste decreto, estas instituições e os organismos corporativos podiam, mediante contrato sancionado pelo I.N.T.P., utilizar

---

<sup>967</sup> Cf. LEI nº. 1953. *Diário do Governo, Série I.* 58 (1937-03-11).

<sup>968</sup> Cf. PARECER 89/I: CASAS DOS PESCADORES. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional.* 100S (1937-01-11), p. 1-8.

<sup>969</sup> Cf. DECRETO nº. 28321. *Diário do Governo, Série I.* 300 (1937-12-27).

<sup>970</sup> Cf. DECRETO nº. 19281. *Diário do Governo, Série I.* 24 (1931-01-29); Cf. DECRETO nº. 20944. *Diário do Governo, Série I.* 49 (1932-02-27).

<sup>971</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 24046. *Diário do Governo, Série I.* 144 (1934-06-21).

<sup>972</sup> Cf. DECRETO nº. 30711. *Diário do Governo, Série I.* 201 (1940-08-29), p. 1004;

reciprocamente hospitais, sanatórios, casas de repouso, lactários ou outros estabelecimentos semelhantes que lhes pertencessem. Da mesma forma, estas instituições poder-se-iam utilizar, nas mesmas condições, de estabelecimentos análogos pertencentes a outras entidades, como as misericórdias<sup>973</sup>.

O mesmo diploma definia as três categorias de inscritos nas caixas: beneficiários, contribuintes e honorários. Os beneficiários eram os indivíduos que trabalhavam por conta das entidades patronais abrangidas pelo acordo ou contrato colectivo de trabalho. Os contribuintes eram as entidades patronais ou outras que concorriam com os beneficiários para a constituição dos fundos ou caixas. Por fim, os honorários eram os indivíduos ou entidades que prestavam às instituições relevantes serviços ou as auxiliavam com donativos consideráveis<sup>974</sup>.

Daniel Carolo considera que a publicação destes dois decretos procurou responder ao fracasso da Lei nº. 1884, que provocaria uma lenta evolução da criação de novas caixas, passando a observar-se a intervenção directa do Estado neste domínio. Era o início do progressivo processo de estatização da previdência<sup>975</sup>. Na verdade, a ideia primordial da previdência social no âmbito do corporativismo negava a assunção da responsabilidade estatal para com os trabalhadores, embora o sistema se concretizasse sob a égide do Estado e sob a sua fiscalização. Contudo, durante os primeiros anos, o sistema produziu umas caixas mais abonadas do que outras, distribuindo benefícios distintos aos seus beneficiários. Nesse sentido, como afirma Jorge Alves e Marinha Carneiro, a previdência social, nos primeiros anos, não constituiu um sistema, mas uma multiplicidade de sistemas muito frágeis, contribuindo para o aprofundamento das desigualdades sociais<sup>976</sup>.

A *Câmara Corporativa*, no seu Parecer sobre o *Estatuto da Assistência Social*, aconselhava estender ao maior número possível de pessoas a prática da previdência dos tipos corporativo ou mutualista. Nesse sentido, as respectivas instituições deveriam ser

---

<sup>973</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 32674. *Diário do Governo, Série I*. 41 (1943-02-20), p. 127.

<sup>974</sup> Ibidem, p. 127.

<sup>975</sup> Cf. CAROLO, Daniel Fernando – *A Reforma da Previdência Social de 1962 na Institucionalização do Estado-Providência em Portugal*. [Lisboa], Tese de Mestrado em Economia e Política Social apresentada ao Instituto Superior de Economia e Gestão, Setembro de 2006, p. 48.

<sup>976</sup> Cf. ALVES, Jorge; CARNEIRO, Marinha – *Estado Novo e Discurso Assistencialista (1933-1944)*, p. 651.

organizadas e ajudadas para que no mais breve espaço de tempo, os seus sócios beneficiassem plenamente do seguro na doença, na invalidez e na velhice<sup>977</sup>.

A necessidade de alargar os cuidados de saúde à grande maioria da população portuguesa fazia-se sentir e repercutiu-se no *II Congresso da União Nacional*, onde um jurista, Eduardo Correia de Barros, apresentou uma tese intitulada “Seguro contra a doença dos trabalhadores portugueses”, da autoria do então director-geral de saúde, José Alberto de Faria. A sua tese defendia a necessidade de um plano destinado a oferecer a todos os trabalhadores uma gama completa de serviços de saúde<sup>978</sup>.

Segundo o autor, a sociedade portuguesa, face aos serviços de saúde, poder-se-ia dividir em três grupos. Uma classe de ricos, uma “reduzida minoria”, que a troco do pagamento de honorários tinha acesso a todos os cuidados necessários. Uma outra classe, também minoritária, era formada por alguns trabalhadores beneficiários da previdência, com rendimentos provenientes quase exclusivamente do trabalho e que por meio de cotizações tinham acesso apenas a consultas e, em poucos casos, a remédios, não possuindo direito a internamento hospitalar participado. Por fim, a terceira classe, a grande maioria dos portugueses, que apenas tendo o seu parco salário, eram obrigados a recorrer aos serviços gratuitos da assistência pública ou da assistência privada<sup>979</sup>.

Esta última classe, dos trabalhadores sem direito à previdência, era aquela que mais preocupava o autor, por não ter meios para consultar um clínico privado, não ter a subsequente assistência clínica domiciliária, não poder comprar medicamentos, não poder adquirir a aparelhagem recomendada e, quando a doença se agravava, só poder ser alvo de intervenção cirúrgica obtendo admissão num hospital com capacidade para tal. Como resultado deste cenário, verificá-va-se, muitas vezes, a extinção da capacidade de trabalho pela morte ou pela deficiência. Logo, o autor concluía, que os cuidados de saúde completos, a prestar aos trabalhadores, deveriam ser completamente divorciados da sua possibilidade para os pagar. Por tal, propunha a implementação de um seguro de

---

<sup>977</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 125.

<sup>978</sup> Cf. BARROS, Eduardo Correia de – Seguro contra a doença dos trabalhadores portugueses. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, n.º. 35/36, Janeiro/Fevereiro 1946, p.359.

<sup>979</sup> IDEM - Ibidem, p. 360.

saúde – o Seguro Nacional de Saúde – um organismo sob a forma de uma sociedade anónima de seguros, constituída pelo Estado, organismos mutualistas de previdência, companhias de seguros, caixas sindicais de previdência e entidades particulares, que pudesse proteger esta população mais vulnerável<sup>980</sup>. Contudo, o projecto nunca passou do papel.

Do ponto de vista internacional, como já observámos, em 1948 foi publicada a *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, aprovada pela assembleia geral da O.N.U., na qual o artigo 22º proclamava que toda a pessoa tinha direito à segurança social, podendo obter a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade. Contudo, já em 1944, a Bélgica instituiu o seguro obrigatório na doença e na invalidez e alargara o abono de família, lançando as bases do seguro contra o desemprego. Entre 1945 e 1948, a França publicara os textos basilares que implementavam um vasto programa de segurança social para os trabalhadores por conta de outrem e familiares e para os trabalhadores independentes<sup>981</sup>.

A R.F.A., a partir de 1952, procedeu à revisão e ampliação das leis de seguro social, designadamente no que dizia respeito à maternidade, aos subsídios familiares, ao desemprego e às pensões de invalidez, velhice e sobrevivência, cujo regime seria reformado em 1957 e estendido aos agricultores e trabalhadores por conta própria. Os países escandinavos – Dinamarca, Noruega e Suécia – que possuíam já sistemas bastante completos de segurança social, especialmente baseados em regimes de assistência pública, introduziram diversas melhorias nos seus esquemas.

Espanha, cujas leis da previdência social datavam de 1938, introduziu, em 1954, um seguro contra o desemprego, alargando as prestações do seguro-doença aos trabalhadores agrícolas. Em 1952, a *Organização Internacional do Trabalho* emanou normas jurídicas sobre segurança social, na *Conferência Internacional do Trabalho*, nomeadamente uma norma mínima de segurança social.

---

<sup>980</sup> Cf. BARROS, Eduardo Correia de, *op. cit.*, p. 365.

<sup>981</sup> Cf. PARECER 39/VIII: REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, p. 1262.

### 3.1. A Federação das Caixas de Previdência

A 25 de Abril de 1946, foi publicado o Decreto-Lei nº. 35611, que instituiu, pela primeira vez, a possibilidade de associação das caixas de previdência<sup>982</sup>. A *Federação das Caixas de Previdência*, que se constituiu a partir daí, veio a centralizar os cuidados de saúde até aí dispersos por várias entidades, constituindo um subsistema que se desenvolveu em paralelo com os restantes serviços de saúde, públicos e privados<sup>983</sup>. Segundo Rui Pinto Costa, tal testemunha, pela quantidade de “artigos de opinião e de pânico” impressos em várias publicações médicas, que a instituição da *Federação Nacional das Caixas de Previdência* suscitou várias discussões no seio da *Ordem dos Médicos*, no sentido de controlar a Federação e pela necessidade da criação de um organismo coordenador de todos os serviços de assistência e medicina social. O próprio conceito de “medicina social” parecia causar algum alvoroço no seio da classe médica, cujo exercício profissional havia prosperado sob a égide do liberalismo económico<sup>984</sup>.

Segundo portaria emanada pelo *Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social*, era constituída, em 1946, uma federação de instituições de previdência social, inicialmente formada pela *Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais do Comércio* e pela *Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria Têxtil*, denominada *Serviços Médico-Sociais – Federação das Caixas de Previdência*. Esta federação tinha como objectivos a organização, coordenação e fiscalização dos serviços médico-sociais das instituições federadas, promovendo e assegurando o seu funcionamento<sup>985</sup>.

O objectivo primordial era uma concentração de serviços, de modo a criar sérias e eficientes estruturas de assistência clínica. Era o espírito da “racionalidade económica” que dirigia a organização e o funcionamento dos serviços médicos e farmacêuticos postos à disposição dos segurados, de modo a ser obtida o máximo de eficiência com o mínimo de dispêndio. Na verdade, o crescimento individual destes

---

<sup>982</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35611. *Diário do Governo, Série I*. 89 (1946-04-25), p. 303.

<sup>983</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge – Introdução, p. 31.

<sup>984</sup> Cf. PINTO, Rui Costa, *op. cit.*, p. 177.

<sup>985</sup> Cf. SUBSECRETARIADO DE ESTADO DAS CORPORações E PREVIDÊNCIA – PORTARIA de 13 de Junho 1946. In SERVIÇOS MEDICO-SOCIAIS- FEDERAÇÃO DE CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Dez Anos de Acção Médico-Social (1946-1955)*. Lisboa: Serviços Médico-Sociais, 1956, p. 2.



serviços levava a uma disparidade flagrante dos meios de tratamento, uma multiplicidade de instalações, um acréscimo da burocracia. Para evitar tais discrepâncias, era imprescindível a criação da Federação, orientada por um princípio de racionalização e de economia dos serviços<sup>986</sup>.

No que dizia respeito às receitas, estas resultavam das contribuições das caixas federadas, determinadas tendo em base a percentagem do total dos salários e ordenados dos inscritos e retirados das contribuições consignadas para semelhantes fins. Contudo, não existia uma obrigatoriedade dos serviços médico-sociais na assistência médica aos beneficiários, podendo esta ser também efectuada directamente pelas caixas. Passavam a coexistir, assim, dois modelos: a prestação de serviços médicos directamente pelas caixas, ou através dos serviços médico-sociais. No primeiro caso, a qualidade da assistência variava segundo a localização e o tipo de caixa. Nas localidades onde existiam postos clínicos destas instituições eram realizados acordos com os médicos de clínica privada, de forma a garantir a assistência aos seus beneficiários, apresentando comparticipação no internamento dos doentes. Por seu turno, no caso da assistência por parte dos serviços médico-sociais pretendeu-se uma forma mais alargada de serviços a uma maior abrangência da população. Em termos de consultas, alargaram-se às especialidades de clínica geral e outras, ao domicílio, meios auxiliares de diagnóstico, serviços de enfermagem e de medicamentos<sup>987</sup>.

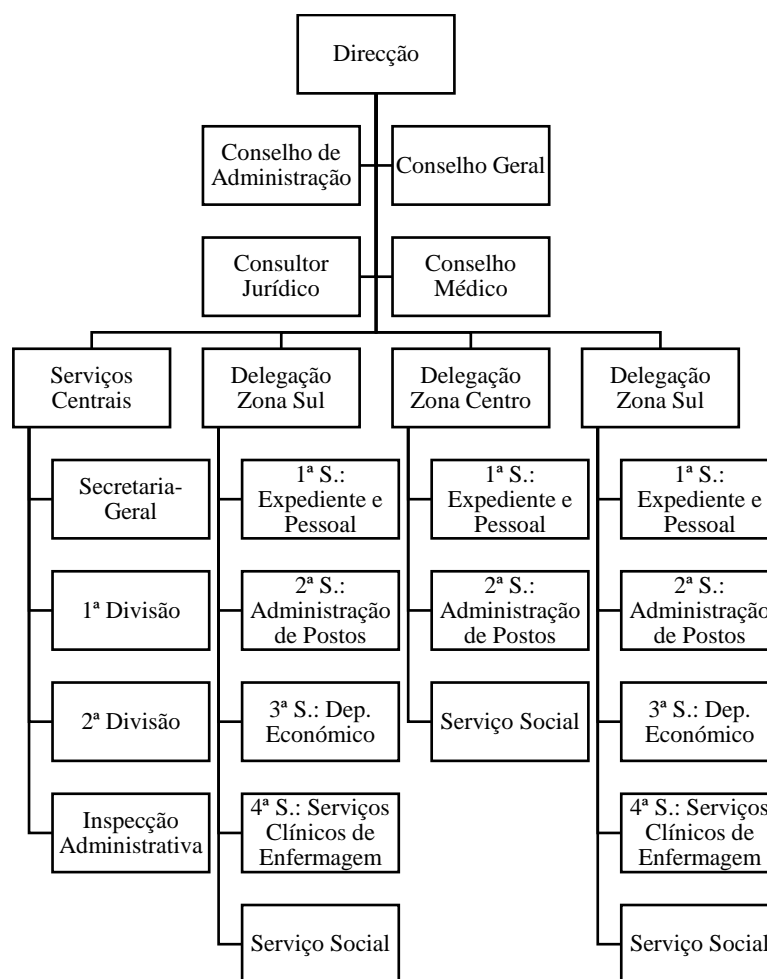
Este sistema produziu, como não poderia deixar de ser, disparidades sublinhadas na assistência médica, consoante os estabelecimentos aos quais recorressem os beneficiários<sup>988</sup>. Os serviços médicos da Federação concentravam-se nas regiões mais industrializadas e no litoral, onde se encontrava a grande fatia da população coberta pela previdência. As áreas não cobertas pelos serviços eram as designadas “áreas brancas”, correspondendo a regiões menos desenvolvidas e com menor concentração populacional, que não justificavam a implementação dos serviços.

---

<sup>986</sup> Cf. SERVIÇOS MEDICO-SOCIAIS- FEDERAÇÃO DE CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Dez Anos de Acção Médico-Social (1946-1955)*. Lisboa: Serviços Médico-Sociais, 1956, p. 3.

<sup>987</sup> Cf. FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *ABC do seguro social*. Lisboa: Divulgação, Informação e Cooperação Internacional, 1949, p. 12.

<sup>988</sup> Cf. CAMPOS, Ana Maria – Assistência médica e desigualdade social no Estado Novo. In *Estudos do Século XX: “Estado-Providência”, capitalismo e democracia*. Coimbra: CEIS20, 13 (2013), p. 362.



**Org. 19:** Orgânica dos *Serviços Médico-Sociais* – *Federação das Caixas de Previdência*, em 1955<sup>989</sup>.

Contudo, em 1955, fruto do desenvolvimento observado durante a década de cinquenta, os beneficiários dos *Serviços Médico-Sociais* já eram em maior número do que aqueles que eram assistidos directamente pelas caixas. Ao nível das estruturas, os postos da Federação ultrapassavam os das caixas sindicais de previdência. Contudo, o total de delegações destas últimas era amplamente superior, apontando para a existência de uma limitação geográfica dos serviços médicos da Federação<sup>990</sup>.

De modo a fomentar a coordenação entre os serviços de assistência e previdência, “por forma a evitar duplicações inúteis”, ficaria instituído, através da Circular nº. 51/B da *Direcção-Geral de Assistência*, que as instituições de previdência e os organismos corporativos poderiam utilizar os serviços de saúde dos estabelecimentos

<sup>989</sup> Cf. SERVIÇOS MEDICO-SOCIAIS- FEDERAÇÃO DE CAIXAS DE PREVIDÊNCIA, p. 4.

<sup>990</sup> Cf. CAMPOS, Ana Maria, *op. cit.*, p. 365.

de assistência, mediante acordo sancionado pelo I.N.T.P.<sup>991</sup>. Os serviços de saúde compreendiam os serviços de radiologia, agentes físicos e análises clínicas, isto é, alguns exames complementares de diagnóstico. Para tal, a título provisório, seriam aceites as tabelas em vigor nos *Serviços Médico-Sociais – Federação das Caixas de Previdência*<sup>992</sup>.

Em 1949, a *Ordem dos Médicos* redigiu uma circular intitulada *Sobre a Organização Social da Medicina*, que mereceu uma atenta resposta do subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social. Nesse documento, a Ordem fazia várias reivindicações acerca da situação dos médicos a laborarem para a *Federação das Caixas de Previdência*. Em primeiro lugar, este órgão defendia a limitação do seguro de doença aos trabalhadores com salários mais baixos e economicamente débeis. Admitia que a assistência devia ser regulada para que o médico pudesse tratar, quer no posto quer no domicílio, qualquer beneficiário que o escolhesse, e a sua respectiva família, tendo para isso de haver uma distribuição dos beneficiários pelos médicos em agrupamentos familiares. O mesmo documento pedia um alargamento das medidas assistenciais e da liberdade terapêutica para os médicos, e um vencimento *per capita* ou constituído por uma quantidade de base, acrescido de um valor proporcional ao número de beneficiários e famílias assistidos. A *Ordem dos Médicos* pedia, ainda, a nomeação de um representante junto da Federação ou do seu Conselho Médico<sup>993</sup>.

A resposta do Gabinete do subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social não se faria esperar e chegaria no dia 26 de Maio de 1949. No respeitante ao pedido de limitação dos seguros de doença aos trabalhadores mais pobres, este seria liminarmente negado pelo regime. Segundo o documento, era princípio elementar da organização da previdência o da inclusão, no âmbito do seguro–doença como das restantes modalidades, de todos os trabalhadores ao serviço das actividades ou profissões abrangidas pelas respectivas caixas, não podendo existir distinção entre os “economicamente débeis” e os “economicamente fortes”. Era este o princípio estabelecido desde 1935 e não seria alterado “devido aos interesses materiais de uma

---

<sup>991</sup> Cf. CIRCULAR nº. 51/B. *Diário do Governo, Série II*. 190 (1949-08-24), p. 1109.

<sup>992</sup> Ibidem, p. 1110.

<sup>993</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO/CR* – 4, pt. 3.

classe – a dos médicos”, que parecia ver-se ameaçada pelo desenvolvimento da previdência e a consequente diminuição da sua clientela na clínica livre<sup>994</sup>.

Quanto às restantes reivindicações, o gabinete do subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social respondia que não podia ignorar-se que a assistência médica das caixas de previdência tinha vindo a alargar desde 1936. Discordava com o pedido de um sistema de remuneração *per capita* da parte dos médicos, gerador de “grandes inconvenientes”, dado que o profissional era levado a atrair o beneficiário por meio de maior número de dias de baixa e por outros meios ao seu alcance. Quanto ao pedido de um representante da *Ordem dos Médicos* na Federação, o regime sustentava que as divergências entre os dois organismos deviam ser naturalmente decididas pelo departamento a que ambos estavam sujeitos - o *Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social* – não aceitando tal nomeação<sup>995</sup>. Estalava, pois, a discordância entre a *Ordem dos Médicos* e a *Federação das Caixas de Previdência*.

Contudo, apesar da resposta negativa perante estas reivindicações, a Federação começava a mostrar-se onerosa para o regime. Ainda em 1949, o relatório da Inspeção dos Serviços Médico-Sociais reconhecia que, para o futuro equilíbrio financeiro da Federação, era necessário reduzir os encargos administrativos, rever o esquema da assistência prestada e reprimir a utilização abusiva das prestações médico-farmacêuticas. Para tal, mostrava ser necessário “delimitar” os serviços de assistência clínica – medicina geral e especialidades – aos beneficiários, definir os locais onde essa assistência deveria ser prestada, estabelecendo uma coordenação com os serviços de assistência social. Da mesma forma, o regime pensava restringir os serviços de grande cirurgia e internamento e definir o âmbito de concessão de medicamentos e os métodos para o seu fornecimento. Com esta série de medidas, o regime esperava reduzir algumas despesas fundamentais, em medicamentos e elementos de diagnóstico, e criar novas fontes de receita (senhas de consulta, participação dos doentes), permitindo uma melhor movimentação dos fundos do seguro<sup>996</sup>.

---

<sup>994</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/CR – 4, pt. 3.

<sup>995</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/CR – 4, pt. 3.

<sup>996</sup> IDEM – *Ibidem*, CO/CR – 1, pt. 2.

Em 1950, através do Decreto nº. 37762, era regulada a prestação de serviços de saúde e assistência aos beneficiários das caixas de reforma ou previdência e das caixas sindicais, bem como a prestação de um subsídio pecuniário em caso de doença. Tal subsídio correspondia a 60% do valor do salário auferido, não podendo ser pago por mais de 270 dias seguidos ou interpolados<sup>997</sup>.

A assistência médica a estes doentes seria prestada nos postos clínicos das instituições de previdência ou da sua federação, nos consultórios dos médicos contratados por estas instituições, em instituições de assistência ou no domicílio. A utilização dos estabelecimentos de assistência pelos doentes da previdência seria delineada através de um acordo entre os subsecretários de Estado da Assistência Social e das Corporações e Previdência Social. Do mesmo modo, no que dizia respeito aos serviços de grande cirurgia e internamento em estabelecimentos hospitalares, estes seriam assegurados pelos estabelecimentos da assistência pública ou particular<sup>998</sup>.

Esta assistência devia abranger os serviços de medicina geral, compreendendo consultas, visitas domiciliárias, cirurgias ambulatoriais, partos e tratamentos. Nas áreas de reconhecida importância industrial ou comercial, estava previsto o alargamento a outros serviços especializados, como a estomatologia, a ginecologia e a obstetrícia, a pediatria e a enfermagem. Segundo o diploma, à medida que as circunstâncias o permitissem, seriam incluídos os métodos auxiliares de diagnóstico, através dos serviços das próprias instituições ou por meio de contratos com médicos das especialidades<sup>999</sup>.

A assistência médica e medicamentosa à família dos beneficiários só era concedida quando incluída nos esquemas de benefícios das instituições ou sua federação. Como família era apenas considerado o cônjuge que não exercesse profissão remunerada e os restantes familiares, por virtude dos quais o beneficiário recebesse abono de família.

---

<sup>997</sup> Cf. DECRETO nº. 37762, p. 119-126.

<sup>998</sup> Ibidem, p.123.

<sup>999</sup> Ibidem, p.125.

Mário Cardia afirmava que foi devido à pressão médica, numa “dura batalha”, que se conseguiu que não se instalassem hospitais administrados pelos organismos de seguros sociais. Foram os médicos que quiseram, segundo o autor, que os doentes beneficiários da previdência fossem internados nos hospitais dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*, e que as respectivas despesas ficassem a cargo dos organismos seguradores<sup>1000</sup>.

No jornal *Avante*, em 1955, o P.C.P. fez um balanço negativo desta legislação: foram restringidos medicamentos e assistência médica; fora alargado o período de espera para vencer subsídios de doença de 3 para 6 dias, subsídios que baixariam de 2/3 para 60% do salário; fora limitado o internamento hospitalar gratuito...<sup>1001</sup>.

Um dos maiores ataques ao sistema previdencial vigente em Portugal partiria de um membro da *União Nacional*, funcionário do I.N.T.P. Matos Gomes aproveitou a sua participação no *IV Congresso da União Nacional* para criticar a previdência, que considerava uma “fonte de receitas gigantesca confiada ao uso e ao abuso de outrem e sem proveito do beneficiário”<sup>1002</sup>. Por isso, segundo ele, tornava-se necessário procurar novos métodos e novos “homens”. Apelidada de capitalista, plutocrata, accionista como qualquer potentado financeiro, a previdência social tinha de fazer mais do que as companhias de seguros, pois tinha menos riscos e rendimentos certos. Segundo o autor, tinha de renegar a sua feição actual, de capitalista, e ser concretamente “social”. Matos Gomes sugeria, ainda, a existência de corrupção no seio do funcionalismo daquele organismo, adiantando que “administrar e dirigir instituições de previdência não pode ser um emprego chorudo para privilegiados”<sup>1003</sup>. Referência a esta comunicação, destacando o seu espírito realista e desensombrado, seria feita no jornal *Avante*, num artigo intitulado “A Burla da Previdência Desmascarada por um Membro da União Nacional”<sup>1004</sup>.

---

<sup>1000</sup> Cf. CARDIA, Mário – Política Hospitalar: Suas Relações com a Saúde Pública, o Ensino e a Previdência Social. Separata de *O Médico*, 745. [s.l.; s.n.], 1966, p. 11.

<sup>1001</sup> Cf. O Dinheiro Roubado através da Previdência deve Voltar à Posse dos Trabalhadores. In *Avante*. VI série, nº. 199 (Maio 1955), p. 2.

<sup>1002</sup> Cf. GOMES, Matos, *op. cit.*, p. 93.

<sup>1003</sup> IDEM, *ibidem*, p. 94.

<sup>1004</sup> Cf. A Burla da Previdência Desmascarada por um Membro da “União Nacional”. In *Avante*. VI série, nº. 219 (2ª quinzena de Agosto 1956), p. 2.

Em 1958 foi assinado um acordo entre os *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* e a *Junta Central das Casas do Povo*. Para um melhor aproveitamento das instalações e dos serviços clínicos, a Federação poderia utilizar as instalações e os serviços clínicos e administrativos das casas do povo, bem como o inverso. Nesse sentido, a Federação tinha de compartilhar no funcionamento dos serviços das casas do povo, mediante contribuição em dinheiro ou em mobiliário, material sanitário ou químico-farmacêutico<sup>1005</sup>. Tratava-se claramente de uma forma de alargar a assistência médica aos trabalhadores rurais e às suas famílias.

Note-se que, no início dos anos sessenta, apenas 18% da população portuguesa estava coberta por um sistema público de saúde<sup>1006</sup>. Nessa época, a classe médica continuava extremamente crítica relativamente aos *Serviços Médico-Sociais da Federação*. No *Relatório das Carreiras Médicas*, publicado em 1961, observou-se a rejeição da denominação “médico-social” da Federação, dado que a sua acção era meramente curativa, afastando-se do abrangente conceito de “medicina social”, negando o factor preventivo que lhe estava inerente, e o seu limitado alcance. Também as condições dos profissionais médicos, que laboravam naquele subsistema, era altamente criticado naquele documento, nomeadamente as más condições das instalações e as restrições em termos de meios de diagnóstico, que obrigava, muitas vezes, os doentes a recorrerem aos hospitais, com os devidos prejuízos para a eficiência dos serviços<sup>1007</sup>.

Contudo, apesar das imperfeições, das desigualdades e das duplicações de competências, a criação dos *Serviços Médico-Sociais* representou um esforço de melhoria da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, sendo incluídas novas especialidades médicas, meios auxiliares de diagnóstico e uma melhor assistência medicamentosa. Criada no sentido de uma uniformização dos serviços de prestação de cuidados de saúde, a Federação conseguiu, até certo ponto, uma concentração de serviços que, embora não ideal, foi de sublinhar. Na verdade, a sua criação pressupôs um reconhecimento, por parte do Estado, da existência de desigualdades na assistência médica aos beneficiários das caixas de previdência<sup>1008</sup>.

---

<sup>1005</sup> Cf. O acordo entre a Federação e as Casas do Povo. In *Hospitais Portugueses*, 69-70 (Março-Abril 1958), p.26-28.

<sup>1006</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge – Introdução, p. 32.

<sup>1007</sup> Cf. ORDEM DOS MÉDICOS, *op. cit.*, p. 84.

<sup>1008</sup> Cf. CAMPOS, Ana Maria, *op. cit.*, p. 369.

A partir de 1967, observou-se a integração dos *Serviços Médico-Sociais*, nomeadamente ao nível da protecção dos beneficiários e seus familiares na doença e na maternidade, praticados pela *Federação das Caixas de Previdência*, nas caixas de previdência e de abono de família de âmbito distrital, conforme estava previsto na Lei nº. 2115. Esta transferência de serviços, que se pretendia descentralizadora, decorreu de forma extremamente satisfatória<sup>1009</sup>.

Fernando Moreira Ribeiro<sup>1010</sup>, presidente da *Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família*, em discurso proferido, em 1969, na cerimónia inaugural do posto clínico de Pero Pinheiro, apontava os problemas da assistência médica enquanto os mais “delicados e embaraçosos que surgem no campo da previdência social”<sup>1011</sup>. Os principais problemas apontados eram a dificuldade financeira e a tradição acentuadamente individualista da profissão médica. Os dois maiores obstáculos com que estes serviços lutavam: “o aumento crescente do seu custo e a frieza, se não por vezes a hostilidade, dos quadros de medicina liberal”<sup>1012</sup>.

Segundo o presidente da Federação, o problema económico começava a ser aflitivo. Tendo em conta a capitação média por beneficiário/ano, observar-se-ia um aumento verificado de 100% nos 5 anos anteriores. No que era relativo à evolução do gasto farmacêutico, em encargo/ano por pessoa abrangida, registar-se-ia um aumento de 122%<sup>1013</sup>, dados que podemos corroborar nos gráficos 31 e 32.

---

<sup>1009</sup> Cf. Integração dos serviços médico-sociais nas caixas de previdência. In *SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – Boletim de Informação*, Ano XX, nº. Julho/Setembro 1968, p. 111-113.

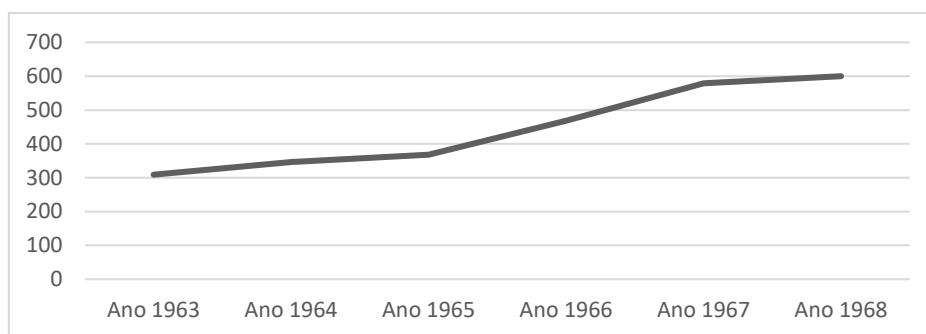
<sup>1010</sup> **Fernando Moreira Ribeiro (1920)**: licenciado em Direito, foi funcionário público do *Ministério das Corporações*. Foi subdelegado e delegado do I.N.T.P., presidente da direcção, presidente do conselho de administração e presidente do conselho geral da *Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família*, inspector-superior do *Ministério das Corporações e Previdência Social*, vogal da comissão permanente interministerial de coordenação das actividades de saúde, procurador da *Câmara Corporativa*. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 321.

<sup>1011</sup> Cf. MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL – ARQUIVO DO GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO – *Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família – Serviços Médico-Sociais 1949-1962*, FCPAF 09/01.

<sup>1012</sup> IDEM – *Ibidem*, FCPAF 09/01.

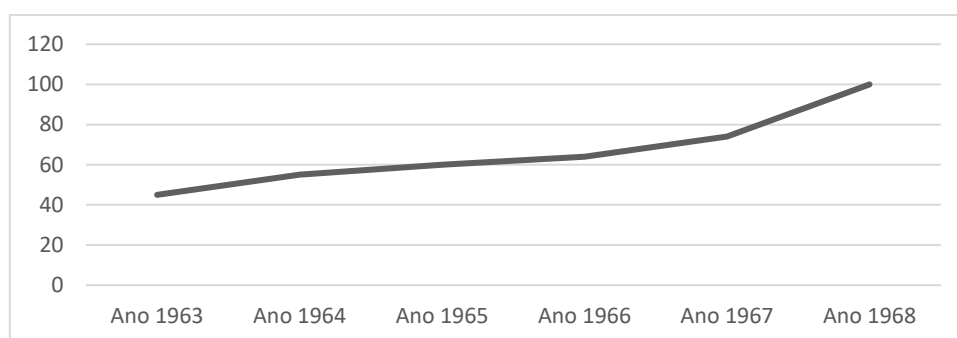
<sup>1013</sup> IDEM – *Ibidem*, FCPAF 09/01.





**Gráf. 31:** Evolução da capacitação média por beneficiário dos *Serviços Médico-Sociais*/ano – em escudos

[Fonte: ARQUIVO DO GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO, FCPAF 09/01]<sup>1014</sup>.



**Gráf. 32:** Evolução do gasto farmacêutico por beneficiário dos *Serviços Médico-Sociais*/ano – em

escudos [Fonte: ARQUIVO DO GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO, FCPAF 09/01]<sup>1015</sup>.

Em termos orçamentais, a assistência na doença expandia-se a novos sectores da população, ampliavam-se prestações, projectavam-se e desenvolviam-se planos de construção, de alargamento e modernização de instalações, desdobravam-se quadros, estudava-se a actualização de vencimentos e tarifas... Contudo, das contribuições pagas à previdência (em geral 20,5% dos salários) apenas menos de um terço (6,5%) se destinavam à doença (assistência médica, medicamentosa, e subsídio pecuniário), percentagem que estava a ser ultrapassada, pois em 1968 dispender-se-iam-se mais de 7% dos salários nestes ramos de seguro, prevendo-se um futuro agravamento de contribuições<sup>1016</sup>.

<sup>1014</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1015</sup> Idem.

<sup>1016</sup> Cf. MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL – ARQUIVO DO GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO – *Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família – Serviços Médico-Sociais 1949-1962*, FCPAF 09/01.

O presidente da Federação apontava, ainda, a segunda grande dificuldade do sistema: “a tradição demasiadamente individualista da profissão médica”<sup>1017</sup>. Tendo em consideração os quatro princípios fundamentais da medicina liberal (livre escolha do médico; liberdade de contratação ou de fixação de honorários sem intervenção de terceiros; liberdade de prescrição terapêutica; segredo profissional), Fernando Moreira Ribeiro concluía que à assistência médica de seguro social, tendo sempre presente os valores morais e científicos, era difícil manter incólumes os princípios jurídicos e económicos do livre exercício da medicina.

Para o autor, não havia uma medicina liberal qualitativamente óptima e uma medicina organizada de qualidade inferior: “a medicina tem de ser sempre a mesma, quer prestada por um profissional livre vinculado ao seu cliente por um contrato de serviços, quer dispensada por um profissional contratado por uma instituição de previdência para atender os benefícios desta”<sup>1018</sup>. Na sua opinião, a situação jurídico-pessoal do médico não prejudicava objectivamente a qualidade dos serviços.

### **3.2. A Difícil Coordenação entre Previdência e Assistência**

A necessidade de coordenação entre a assistência e a previdência seria discutida, principalmente, a partir de meados dos anos quarenta. Tal aconteceu no seio do *II Congresso da União Nacional*, realizado em 1944, na 10ª Subsecção, intitulada “Política Social do Estado Corporativo: Organização e Previdência”, presidida por Manuel Rebelo de Andrade, juiz do *Tribunal de Trabalho de Lisboa*, ex-subsecretário de Estado das Corporações e Previdência e colaborador de Pedro Teotónio Pereira. Mário Ferreira Braga foi autor de uma tese onde propunha a existência conjunta e coordenada destas duas modalidades de protecção aos trabalhadores. A previdência, por si só, segundo ele, não podia satisfazer completamente as necessidades, pois dependia do meio económico e era função da viabilidade e operabilidade dos processos

---

<sup>1017</sup>Cf. MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL – ARQUIVO DO GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO – *Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família – Serviços Medico-Sociais 1949-1962*, FCPAF 09/01.

<sup>1018</sup> IDEM - *Ibidem*, FCPAF 09/01.

científicos utilizados. Por seu turno, a assistência, “mais elástica e maleável na acção, mais subjectiva”<sup>1019</sup>, não proporcionava a segurança dada pela previdência.

Na verdade, a partir dos anos quarenta, a coordenação entre assistência, previdência e saúde passou a ser um tema recorrente, como temos vindo a observar, considerada a solução ideal para a resolução de todos os problemas do sector. Na Lei n.º. 1998, de 1944, na sua Base VI, encontramos disposto que as actividades de assistência deveriam ser exercidas em coordenação com as de previdência<sup>1020</sup>. Em 1951, João Manuel Cortez Pinto, delegado do I.N.T.P., escreveu um artigo sobre a coordenação entre a previdência e a assistência. Nessa época, o autor assumiu que tais relações, apesar de muito discutidas, eram ainda imprecisas. Apesar de se distinguirem quanto ao âmbito, aos objectivos, métodos e técnicas, existia, na sua opinião uma interpenetração entre os campos da assistência e da previdência, nomeadamente porque se observava, em Portugal, uma previdência incipiente, em grupos de fraco rendimento económico, onde dificilmente se podia assegurar o direito a benefícios superiores aos concedidos pela assistência. Contudo, o autor afirmava que o alargamento da previdência, a partir do pós-guerra, “abrangia a maior parte da nossa população”<sup>1021</sup>.

Para João Manuel Cortez Pinto, se existia coordenação na previdência dos trabalhadores comerciais e industriais (através da *Federação dos Serviços Médico-sociais das Caixas de Previdência*) e dos trabalhadores do mar (através da *Junta Central das Casas dos Pescadores*), muito ainda havia por fazer no que era referente à coordenação da previdência dos trabalhadores rurais, através da *Junta Central das Casas do Povo*. O problema entre os rurais baseava-se na pobreza. Segundo o autor, a exploração económica nestes meios era de tal modo pobre que a previdência continuava por fazer. A única solução para este problema seria extrapolar a pequena solidariedade entre os rurais, na qual se baseava o esquema de previdência, para “uma solidariedade entre o empregado, o operário e o rural”<sup>1022</sup>, abraçando um esquema de cariz universal.

---

<sup>1019</sup> Cf. BRAGA, Mário Ferreira – Previdência e Assistência: Conexão e Coordenação. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 10ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 14-17.

<sup>1020</sup> Cf. LEI n.º. 1998, p. 435.

<sup>1021</sup> Cf. PINTO, João Manuel Cortez – A Previdência e a Assistência: Subsídios para o Estudo da Sua Coordenação. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 92/94, Outubro/Dezembro 1950, p. 393.

<sup>1022</sup> IDEM - Ibidem, p. 394.

Contudo, era, para o autor, no sector da assistência médica que a coordenação deveria ser maior, como maior era o problema. Defendia, contudo, serviços médicos diferenciados entre a assistência e a previdência, porque o “trabalhador português pode felizmente conseguir com o seu trabalho direito a uns serviços hospitalares e clínicos mais confortáveis do que aquele mínimo humano que aos indigentes não pode ser negado”<sup>1023</sup>. Nesse sentido, os beneficiários da previdência não deveriam ser assistidos nos hospitais das misericórdias, mas em postos próprios ou nos consultórios médicos. No referente à hospitalização, às grandes cirurgias, aos agentes físicos e exames complementares de diagnóstico, o autor não defendia serviços distintos entre previdência e assistência.

Contudo, para além de coordenação, era necessária uma colaboração entre previdência e assistência. A assistência, enfim, era obrigada a conceder à previdência aquilo que ela deveria dar, mas não podia: tratamentos para além dos 270 dias de doença, a partir dos quais a previdência estava limitada, o tratamento da tuberculose e de outras doenças sociais, os subsídios àqueles que perdiam o seu direito nas instituições de previdência...

Também no âmbito do *III Congresso da União Nacional*, se debateu a coordenação entre assistência e previdência. Horácio Assis Gonçalves, então director do *Instituto de Assistência à Família*, defendia que, para garantir uma previdência generalizada era necessária a sua combinação com a assistência<sup>1024</sup>. António Paúl, adjunto da delegação de saúde do Porto, e Constantino de Almeida Carneiro, médico escolar, defendiam, na tese apresentada ao mesmo congresso, que a assistência e a previdência deviam abranger todas as classes sociais, sublinhando a necessidade de integração das classes rurais<sup>1025</sup>. Também António Pires de Lima sublinhava a necessidade de coordenação entre a assistência e os serviços da previdência para agilizar o funcionamento e os recursos dos hospitais das misericórdias e dos hospitais gerais<sup>1026</sup>.

---

<sup>1023</sup> Cf. PINTO, João Manuel Cortez, *op. cit.*, p. 394.

<sup>1024</sup> Cf. GONÇALVES, Horácio Assis, *op. cit.*, p. 7.

<sup>1025</sup> Cf. PAÚL, António e CARNEIRO, Constantino de Almeida – Assistência e Previdência nos Nossos Meios Rurais. In *III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 8.

<sup>1026</sup> Cf. PIRES DE LIMA, António, *op. cit.*, p. 23.

Carlos Diniz da Fonseca defendia, da mesma forma, a celebração de acordos entre os hospitais das misericórdias e as caixas de previdência, de forma a assegurar a assistência hospitalar e a assistência médica a que tinham direito os beneficiários das caixas. Tais acordos, no seu entender, beneficiariam financeiramente os hospitais e seriam uma economia para a previdência, impedindo duplicações de serviços e dispersão de verbas<sup>1027</sup>.

Em meados dos anos cinquenta, José Guilherme Melo e Castro, subsecretário de Estado da Assistência Social, e Henrique Veiga de Macedo, ministro das Corporações e Previdência Social, nomearam uma comissão encarregue de estudar e propor as bases onde assentasse a coordenação dos serviços. A comissão era constituída por António Leão e Fernando Moreira Ribeiro, representando o *Ministério das Corporações e da Previdência Social*, e Coriolano Ferreira e Carlos Dinis da Fonseca, em representação do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*<sup>1028</sup>.

A necessidade urgente de uma coordenação entre os serviços afectos a estes dois organismos parece ter despoletado em Setembro de 1956, após um erro estatístico publicado no *Boletim de Informação dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*, onde se divulgava a existência de 2 casos de cólera e de 8 casos de febre-amarela no nosso país, do qual já fizemos referência. Perante tal, o subsecretário de Estado da Assistência Social enviaria uma missiva ao ministro das Corporações, datada de 7 de Setembro de 1956, expondo a gravidade da situação, capaz de lesar a imagem internacional do país e prova cabal da descoordenação entre os dois sectores<sup>1029</sup>.

Para Melo e Castro, tal descoordenação era prejudicial no aspecto técnico e económico da política e da administração sanitária. Era, no fundo, o espelho da falta de cumprimento, da parte dos serviços da previdência, das obrigações que legalmente lhe cabiam, de colaboração em planos de orientação e coordenação estabelecidos pelo *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*, e de participação nos respectivos encargos na defesa contra as doenças transmissíveis<sup>1030</sup>.

---

<sup>1027</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos – Da Organização Hospitalar do País, p. 64.

<sup>1028</sup> Cf. DINIS DA FONSECA, Carlos – *História e Actualidade das Misericórdias*, p. 121.

<sup>1029</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/IN/ 10-A, pt. 12.

<sup>1030</sup> IDEM – *Ibidem*, CO/IN/ 10-A, pt. 12.

Nesse sentido, Melo e Castro pediu a rectificação da informação naquela publicação e para que qualquer organização médico-social, dependente do *Ministério das Corporações*, se abstinhasse de publicitar as estatísticas sem aprovação da *Direcção-Geral de Saúde*. Aquela descoordenação da saúde organizada, segundo a opinião do subsecretário, provocava uma certa indisciplina da medicina livre “que vai restando”, e uma da outra desarticulada, geravam poucos serviços e caros. Por tal, “um ordenamento nacional, solidário, coerente [...] torna-se necessário e urgente”<sup>1031</sup>.

Tal missiva provocou uma intensa troca de correspondência entre Melo e Castro e Henrique Veiga de Macedo. A 26 de Novembro do mesmo ano, Veiga de Macedo confirmava a aprovação dada, no Conselho Superior de Higiene e Assistência Social à moção que visava constituir uma comissão de representantes dos dois ministérios interessados, mostrando firme vontade de cooperação<sup>1032</sup>. A 7 de Dezembro, Melo e Castro responderia, sublinhando a vantagem na criação de uma comissão interministerial, com a missão de estudar e propor ao governo soluções de pormenor que assegurassem a boa execução dos princípios da administração, que preservassem a coordenação das actividades de previdência social com os serviços de assistência social. Contudo, colocava algumas imposições: no seu entender, a comissão interministerial não deveria ter carácter temporário devendo ser um órgão permanente; da Comissão devia fazer parte um representante do *Ministério das Finanças*; do acto normativo orgânico da comissão interministerial deveria constar que, no caso de divergência entre o *Ministério das Corporações e Previdência* e o *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*, na homologação das deliberações, decidiria a Presidência do Conselho<sup>1033</sup>.

Em 1956, como já referimos, visitou Portugal o director-geral da O.M.S., Marcolino Candau. Também a ele não lhe passou incólume o problema de falta de coordenação de serviços de saúde, problemas de organização e coordenação. O médico observou a descoordenação entre estabelecimentos, entre institutos, entre direcções-gerais, entre ministérios, método muito pouco económico na administração em saúde.

---

<sup>1031</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/IN/ 10-A, pt. 12.

<sup>1032</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN/ 10-A, pt. 12.

<sup>1033</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN/ 10-A, pt. 12.

Perante tal, o governo assumiu estar a tratar do assunto, nomeadamente na coordenação entre os serviços de saúde e assistência e os serviços da previdência<sup>1034</sup>.

No *IV Congresso da União Nacional*, o tema da coordenação entre assistência e previdência foi também largamente debatido. António Jorge da Mota Veiga apresentou àquele congresso uma tese onde defendia a “coordenação íntima” entre a actividade assistencial e as instituições de previdência. A descoordenação entre estes sectores, actividades desempenhadas por múltiplos organismos era, no seu entender, fonte de dispersão de esforços e sobreposição de instalações, desperdício de meios financeiros, mau rendimento das organizações, conflitos de competência e incentivo ao abuso e à fraude por parte dos beneficiários<sup>1035</sup>.

O autor defendia que, naquela altura, a assistência já desempenhava uma função supletiva da previdência, visando abranger camadas sociais ainda não cobertas pela previdência ou procurando ocorrer a contingências ainda não incluídas nos seus esquemas. Mota Veiga defendia, ainda, a constituição de uma corporação da previdência e assistência<sup>1036</sup>.

Coriolano Ferreira, mais do que a coordenação entre previdência e assistência, defendia a unificação destes dois sectores, na criação de um sistema de segurança social. Para o autor, o problema português residia na divisão entre assistência e previdência. A solução, no seu entender seria a fusão destas fórmulas num sistema de segurança social, “geral, completo, personalizado e social”<sup>1037</sup>. Tal sistema deveria ser financiado através das quotizações directas dos segurados, mas o Estado, na sua opinião, poderia ter uma acção fiscalizadora, supletiva, de cooperação ou indemnização. No que respeitava à ligação entre a assistência hospitalar e a previdência, a necessidade de unificação assumia aspectos de maior relevância.

Também Mário Cardia e Álvaro de Mendonça e Moura defenderam, no *IV Congresso da União Nacional*, uma melhor colaboração entre previdência e assistência<sup>1038</sup>.

---

<sup>1034</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/IN/ 10-A, pt. 8.

<sup>1035</sup> Cf. MOTA VEIGA, António Jorge da, *op. cit.*, p. 312.

<sup>1036</sup> IDEM, *ibidem*, p. 314.

<sup>1037</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Assistência, Previdência e Segurança Social, p. 71.

<sup>1038</sup> Cf. CARDIA, Mário e MOURA, Álvaro Mendonça e, *op. cit.*, p. 88.

Em 1958 seria, por fim, celebrado o acordo entre os *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* e a *Direcção-Geral de Assistência*, que permitia incluir, no esquema normal da prestação de seguro-doença das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou previdência, o internamento hospitalar para intervenções de cirurgia geral. Contudo, o ministro das Corporações e da Previdência Social poderia autorizar o internamento para outras modalidades, conforme o permitissem os recursos das instituições de previdência. O beneficiário internado comparticipava com 30% das diárias aprovadas<sup>1039</sup>.

Conforme a Circular da *Direcção-Geral de Assistência*, de 23 de Julho desse ano, os estabelecimentos hospitalares dependentes das misericórdias podiam aderir a este acordo, mediante aprovação prévia dos ministros do Interior e das Corporações e Previdência Social. Na cláusula 1.1 do mesmo diploma, observava-se que o disposto não limitava a liberdade de escolha do doente, que poderia em detrimento deste acordo, dirigir-se a estabelecimentos particulares. O internamento para intervenções cirúrgicas abarcava as especialidades de neurocirurgia, traumatologia, ortopedia, cirurgia dos pulmões e coração, otorrino, estomatologia e oftalmologia. Os beneficiários eram assistidos nas condições de pensionistas de 3ª classe<sup>1040</sup>.

Do ponto de vista do financiamento, os hospitais deviam apresentar à Federação as facturas trimestrais ou mensais, que deviam ser liquidadas em 30 dias. Os internamentos de urgência deviam ser comunicados por escrito à Federação, no prazo de 3 dias. Quanto ao preço das diárias, nos hospitais centrais, era de 60 escudos, nos hospitais regionais, de 50 escudos, e nos hospitais sub-regionais, de 40 escudos<sup>1041</sup>.

Contudo, alguns meses após terem firmado este acordo, o país conhecia uma avalanche de acontecimentos políticos, que culminaria numa das piores crises do Estado Novo. No seu âmbito, seria criado o novo *Ministério da Saúde e Assistência*, como já observámos. O seu primeiro titular, Martins de Carvalho, pensava indispensável e

---

<sup>1039</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 41595. *Diário do Governo, Série I*, 84 (1958-04-23), p. 261-262.

<sup>1040</sup> DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA - CIRCULAR n.º. 58/1-B (1958-07-23). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º.133 /134, Julho/Dezembro, 1958, pp. 132-134.

<sup>1041</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 134.



urgente terminar, dentro do ministério, com as duplicações assistenciais existentes<sup>1042</sup>. Também o bastonário da *Ordem dos Médicos*, José da Silva Horta, mostrava-se esperançado de que o novo ministério contribuísse para uma melhor coordenação entre previdência, assistência e saúde<sup>1043</sup>.

No entanto, em finais de Novembro de 1958, cerca de 7 meses após a implementação do acordo entre a previdência e a *Direcção-Geral de Assistência* para o internamento hospitalar dos utentes da previdência, o diploma parecia não ter futuro. De 29 de Novembro desse ano data uma carta do ministro da Saúde e da Assistência, Martins de Carvalho, ao ministro das Corporações e Previdência Social, Veiga de Macedo. Nela, o ministro da Saúde e Assistência informava sobre uma subida, de 17% para 40%, do número de pedidos de admissão de doentes após a celebração do acordo, o que originou um acréscimo da lotação dos hospitais. Por tal, Martins de Carvalho acreditava ser materialmente impossível assegurar a essas admissões o nível desejável. Assim, os hospitais civis deixavam de poder cumprir as obrigações contratuais acordadas, devendo tal problema ser novamente considerado, existindo, na sua opinião, uma necessidade de revisão do acordo, por este não funcionar devidamente<sup>1044</sup>.

Em 1959, observou-se a realização do *IV Congresso das Misericórdias*. António de Oliveira Pais de Sousa, sobrinho de Salazar e adjunto de Melo e Castro na *Misericórdia de Lisboa*, apresentou um artigo onde apontava a necessidade de uma conexão económica entre os serviços da previdência e os serviços de saúde e assistência. Na sua opinião, urgia uma reforma social profunda no campo da previdência, acreditando que os serviços de saúde e assistência acompanhavam o progresso do alargamento da previdência, melhorando a qualidade. No seu entender, Portugal deveria integrar-se nos planos de desenvolvimento económico do ocidente, podendo a sua economia suportar tais encargos<sup>1045</sup>.

No mesmo congresso, Carlos de Azevedo Mendes, provedor da *Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas*, colocava uma questão: se a previdência havia

---

<sup>1042</sup> Cf. O Discurso de Sua Excelência o Ministro da Saúde e da Assistência no Congresso das Misericórdias, p. 135.

<sup>1043</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN 10 A, pt.22.

<sup>1044</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10, pt. 12.

<sup>1045</sup> Cf. PAIS DE SOUSA, António Oliveira – Conexão económica da Previdência Social com os serviços de saúde e assistência públicas. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 23-45.

concordado em pagar aos beneficiários os serviços cirúrgicos prestados nos hospitais, porque não pagar toda a assistência?<sup>1046</sup> Na verdade, das conclusões deste Congresso observavam-se as recomendações de coordenação e concentração de actividades e estabelecimentos, de coordenação entre assistência e previdência, reconhecendo que as prestações sanitárias do tratamento hospitalar geral deveriam ser asseguradas pela previdência social, companhias de seguros e municípios. Também na esfera do *Ministério da Saúde e Assistência* deveria estar, segundo os congressistas, toda a previdência social, *Serviços Médico-Sociais* e todos os demais serviços sem finalidade militar<sup>1047</sup>.

Como já verificámos, em 1960, foi publicada uma portaria que concedia assistência medicamentosa aos beneficiários da *Federação das Caixas de Previdência* e seus familiares com direito à assistência médica<sup>1048</sup>. Outra portaria com a mesma data, tornava extensiva aos reformados, por invalidez ou velhice, das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou previdência, a assistência médica e medicamentosa assegurada aos restantes beneficiários<sup>1049</sup>.

Outra portaria criaria a *Federação das Caixas de Previdência – Obras Sociais*, constituídas pelas caixas sindicais de previdência, casas do povo, casas dos pescadores, e caixas de reforma ou previdência. Esta federação tinha como objectivo promover a organização, orientação, coordenação de obras e serviços de carácter social, complementares dos esquemas da previdência e de abono de família não abrangidos pelas federações já existentes<sup>1050</sup>.

Como já verificámos, em 1960, o médico Amadeu Lobo da Costa redigiu um longo relatório, a pedido do ministro da Saúde e Assistência, um estado da questão sobre a assistência, a previdência e a saúde em Portugal. Nesse documento, o médico apontava a ausência de coordenação de serviços como uma das causas do baixo nível sanitário do país. Tal descoordenação era originada, segundo ele, pela deficiência de

---

<sup>1046</sup> Cf. MENDES, Carlos de Azevedo – Assistência-Previdência. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas*: 1959. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 46-53.

<sup>1047</sup> Cf. Conclusões do Congresso das Misericórdias, p. 189-194.

<sup>1048</sup> Cf. PORTARIA nº. 17964, p. 2066.

<sup>1049</sup> Ibidem, p. 2068.

<sup>1050</sup> Ibidem, p. 2070.

verbas nestes serviços, pelo baixo nível económico-social do país, pela inadequada organização e pela falta de coordenação de alguns serviços<sup>1051</sup>.

Nesse sentido, Lobo da Costa sugeria uma maior contribuição do Tesouro a este nível, com uma maior taxação das empresas para a segurança social, na proporção dos lucros auferidos. A grande complexidade e diversidade de serviços, com a sua pulverização parcial e diminuição da eficiência era a realidade, nomeadamente no que era relativo aos hospitais sub-regionais, que, na opinião do médico, não tinham qualquer viabilidade de gestão economicamente aceitável. Da mesma forma, apontava o mau aproveitamento de técnicos e a falta de pessoal técnico auxiliar. Por um lado, observava-se a exagerada centralização de alguns serviços técnicos especializados e a descentralização e duplicação dos serviços administrativos. Tal era observável essencialmente na *Federação das Caixas de Previdência* e nas casas do povo e casas de pescadores<sup>1052</sup>.

### 3.3. Uma Reforma da Previdência

Em 1961, foi produzida legislação que tornou extensivo às pensões de invalidez, a pagar pelas caixas sindicais de previdência e pelas caixas de reforma ou previdência, um tecto mínimo de remunerações. O mesmo diploma tornava extensível à família dos reformados (cônjuge sem profissão remunerada e demais familiares pelos quais teria abono de família se estivesse em actividade) por invalidez e velhice das referidas caixas, a assistência médica e medicamentosa<sup>1053</sup>.

Ainda em 1961, a *Câmara Corporativa* reuniu-se para avaliar um projecto-lei sobre a reforma da previdência social. No parecer que seria publicado, este órgão consultivo fazia saber a quantidade de serviços, estabelecimentos e actividades sanitárias, assistenciais e de previdência não dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*, nem do *Ministério das Corporações e da Previdência Social*. O mesmo relatório considerava que as prestações sanitárias, em Portugal, não excediam cerca de metade de um conjunto de quinze países, sendo a incidência do sector do seguro social

---

<sup>1051</sup> Cf. LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social (cont.), p. 56.

<sup>1052</sup> IDEM – Ibidem, p. 59.

<sup>1053</sup> Cf. PORTARIA nº. 18460. *Diário do Governo. I Série*. 104 (1961-05-04), p. 531.

de apenas 16% do custo total. Se fossem considerados apenas os *Serviços Médico-Sociais da Federação* e das caixas não federadas, a percentagem desceria para os 14,6%<sup>1054</sup>.

Ministério da Justiça	• Federação das Instituições de Protecção à Infância;
Ministério do Interior	• Partidos Médicos Municipais • Serviços de Assistência e Previdência da GNR e PS
Ministério das Obras Públicas	• Commissariado do Desemprego
Secretariado da Defesa Nacional	• Serviços Sociais das Forças Armadas
Ministério da Educação Nacional	• Serviços de Saúde Escolar; • Obra das Mães pela Educação Nacional; • Instituto Bacteriológico Câmara Pestana; • Instituto Português de Oncologia; • Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto; • Instituto Dr. António Aurélio da Costa Ferreira.
Ministério do Exército	• Hospitais Militares
Ministério da Marinha	• Hospital da Marinha
Ministério do Ultramar	• Hospital do Ultramar; • Instituto de Medicina Tropical

**Tab. 16:** Serviços de saúde, assistência e previdência não dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência* e do *Ministério das Corporações*, segundo o Parecer 39/VII.

A *Câmara Corporativa* considerava, pois, que dada a reduzida proporção das prestações sanitárias da previdência na despesa global, os desperdícios provenientes de eventuais sobreposições de serviços confirmavam a necessidade de uma coordenação dentro de cada sector. Do exposto, este órgão coordenador concluía que seria necessário

<sup>1054</sup> Cf. PARECER 39/VIII: REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, p. 1290.

duplicar as despesas para erguer um serviço nacional de saúde em Portugal, para o qual se deveria reservar 4% do produto interno bruto. Por tal, esta Câmara considerava inviável, a curto prazo, tal solução<sup>1055</sup>.

Era, pois, necessário coordenar os departamentos responsáveis pelos serviços sanitários oficiais e pelos seguros de prestação médica. A *Câmara Corporativa* considerava, ainda, importante a instauração de um só ministério para todos os sectores da política social ou da segurança social, “a solução orgânica mais eficiente, à semelhança do que acontece em grande número de países”<sup>1056</sup>. Contudo, essa via estava afastada, tornando-se indispensável a criação de um órgão ministerial encarregado de definir as directrizes gerais da política de coordenação e assegurar a efectiva execução.

Este Parecer da *Câmara Corporativa* trata-se de um documento de extrema importância, com grande fundamentação técnica, que ressalva três importantes princípios: universalidade, solidariedade nacional e uma nova concepção do Direito. Quanto ao princípio da universalidade, observa-se, neste parecer, uma necessidade de alargamento do sistema de previdência social e saúde a toda a população. A solidariedade nacional era visível ao nível do financiamento do sistema, baseado numa compensação nacional do seu custo. A nova concepção do Direito centra-se na aceitação do homem, e não do trabalhador, como sujeito do direito à segurança social<sup>1057</sup>.

Conforme nos adianta Daniel Carolo, a implementação da previdência social, em 1935, constituiu um processo com fraca participação social, sem o recurso a estudos e de especialistas, ao contrário do que aconteceria com a Reforma de 1962. Esta última, revelou uma forte intervenção política do Estado na concepção de um sistema projectado à margem do movimento operário<sup>1058</sup>. Do ponto de vista do total de beneficiários, durante os 27 anos que mediam estas duas reformas, observou-se um forte aumento do seu número. Se, em 1942, apenas 6% dos assalariados estavam integrados no sistema, em 1962 já seriam 80% dos empregados do comércio, indústria e serviços e seus familiares. Se esta era a realidade na população urbana, no respeitante à

---

<sup>1055</sup> Cf. PARECER 39/VIII: REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, p. 1290.

<sup>1056</sup> Ibidem, p. 1291.

<sup>1057</sup> Cf. CAROLO, Daniel Fernando, *op. cit.*, p. 30.

<sup>1058</sup> IDEM, *ibidem*, p. 70.

população rural a situação era diferente. Em 1959, as casas do povo tinham apenas como associados 20% dos chefes de famílias susceptíveis de enquadramento<sup>1059</sup>.

A nova lei, logo nas bases iniciais, dispunha da necessidade de coordenação entre a previdência e a saúde e assistência, que passava a ser orientada, no plano interministerial, pelo Conselho Social. Este Conselho era constituído pelo presidente do Conselho, que o presidia, e pelos ministros da Presidência, das Finanças, do Ultramar, das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência<sup>1060</sup>.

O diploma de 1962 mantinha as quatro categorias de instituições de previdência social existentes desde 1935. Contudo, a novidade era a reserva da segunda categoria de instituições – as caixas de reforma ou previdência – para os trabalhadores independentes. As casas do povo, e as suas federações, e as casas dos pescadores passavam a incluir, segundo este novo diploma, como objectivos de previdência social, os de acção médico-social, de assistência materno-infantil e protecção na invalidez aos seus beneficiários. Por seu turno, as caixas sindicais de previdência passavam, também, a proteger os seus beneficiários na maternidade e na luta contra a tuberculose, podendo ainda ter um papel activo em matéria de doenças profissionais, o que constituía uma clara inovação em relação à legislação de 1935<sup>1061</sup>.

As caixas sindicais passavam a dividir-se em três espécies: caixas de previdência e abono de família (protecção na doença e na maternidade dos beneficiários e seus familiares, e concessão do abono de família), caixas de pensões (protecção na invalidez, velhice e morte dos seus beneficiários e familiares), e caixas de seguros (cobertura de riscos especiais). Seria, ainda, criada a *Caixa Nacional de Pensões*, instituição de âmbito nacional para a concessão de prestações comuns a todos os beneficiários das caixas de previdência e abono de família. As modalidades comuns à *Caixa Nacional de Pensões* e às caixas de previdência e abono de família incumbiriam a uma nova instituição com essa finalidade, o *Instituto de Obras Sociais*<sup>1062</sup>.

Se até 1961, as caixas sindicais estavam agrupadas por ramos ou profissões, a partir da promulgação desta legislação, passavam a generalizar-se as caixas distritais, que visavam uma coordenação, mas também uma extensão do regime geral a todos os

---

<sup>1059</sup> Cf. LUCENA, Manuel de, *op. cit.*, p. 157.

<sup>1060</sup> Cf. LEI n.º. 2115, p. 829.

<sup>1061</sup> Ibidem, p. 830.

<sup>1062</sup> Ibidem, p. 834.

trabalhadores não cobertos, tornando-se de inscrição obrigatória<sup>1063</sup>. Era, pois, necessária a cobertura de 20% dos assalariados do comércio, indústria e dos serviços, ainda não cobertos, a cobertura dos trabalhadores independentes e a reformulação de uma previdência rural, até então, praticamente inexistente. Contudo, como bem afirma Manuel de Lucena, a lei não fixava qualquer ordem cronológica para o desenvolvimento de uma previdência rural, assumindo uma não responsabilização, com uma “urgência possível”, que duraria até 1969<sup>1064</sup>.

Na base XXVII deste diploma, ficava claro que caixas sindicais, casas do povo, casas dos pescadores e caixas de reforma ou previdência deveriam cooperar entre si na organização da assistência médico-social aos trabalhadores e suas famílias. Nos anos seguintes, a previdência social desenvolver-se-ia a partir da *Caixa Nacional de Pensões* e nas caixas distritais, que abrangiam grande parte da população assalariada e alguns independentes. Este regime geral assegurava algumas prestações e serviços médicos. Concomitantemente existia um regime especial para os trabalhadores agrícolas, administrado pelas casas do povo, e para os pescadores, administrado pelas casas dos pescadores. Para além destas, ainda subsistiam algumas caixas com regimes diferentes do geral<sup>1065</sup>.

Daniel Carolo considera a reforma de previdência social, de 1962, como um “marco histórico que combina a continuidade da previdência corporativa com a transição para o modelo moderno do Estado-Providência”. O facto de esta lei vigorar até 1984, parece provar, segundo o autor, uma continuidade das instituições e reforçar a importância da previdência social do Estado Novo no Estado-Providência actual<sup>1066</sup>.

### **3.4. A Criação da A.D.S.E. e do Regulamento Geral das Caixas de Reforma ou Previdência**

Na senda das reformas da previdência, em 1963 foi publicada a legislação fundacional da *Assistência na Doença dos Servidores do Estado*. Segundo o preâmbulo

---

<sup>1063</sup> Cf. CAROLO, Daniel Fernando, *op. cit.*, p. 74.

<sup>1064</sup> Cf. LUCENA, Manuel de - *A Evolução do Sistema Corporativo Português – O Marcelismo*, vol. II. Lisboa: Perspectivas e Realidades, 1976, p. 160-161.

<sup>1065</sup> Cf. GUIBENTIF, P. – Segurança Social. In BARRETO, A., MÓNICA, Maria Filomena [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*, Suplemento 9. Porto: Figueirinhas, 2000, p. 411-413.

<sup>1066</sup> Cf. CAROLO, Daniel Fernando, *op. cit.*, p. 145.

deste diploma, urgia um esquema de benefícios para os servidores do Estado, dado que os funcionários das empresas privadas já o usufruíam através das caixas de previdência. Até à data, a assistência aos servidores do Estado apenas era assegurada ao nível da luta contra a tuberculose e dos desastres ocorridos em serviço<sup>1067</sup>.

O novo decreto pretendia, pois, alargar o âmbito de protecção na doença desta população, acumulando as modalidades de assistência médica e cirúrgica, materno-infantil, de enfermagem e medicamentosa, a todos os servidores, prevendo-se uma protecção total de todas as formas de doença. Prevvia-se, ainda, que os benefícios fossem alargados aos agregados familiares. A A.D.S.E. era administrativamente autónoma, funcionando no *Ministério das Finanças*, na dependência directa do respectivo ministro. Era criado, pois, mais um esquema de saúde independente do *Ministério da Saúde e Assistência*.

A assistência médica e cirúrgica compreendia consultas e visitas domiciliárias, de clínica geral e especialidades, meios auxiliares de diagnóstico, meios de terapêutica, internamentos e intervenções cirúrgicas. Os servidores do Estado poderiam escolher livremente, de entre os médicos de clínica geral, o seu médico assistente. Era-lhes, ainda, facultado o internamento em estabelecimentos de entre os hospitais oficiais, os das misericórdias e outros estabelecimentos particulares<sup>1068</sup>.

Contudo, os servidores eram obrigados a suportar parte dos custos dos serviços de assistência que solicitassem, quer fossem prestações unitárias ou períodos globais de tratamento. As comparticipações a cargo dos funcionários públicos variavam em efeito dos seus vencimentos, agrupáveis em escalões, com regulamento próprio. Estas comparticipações eram descontadas nos vencimentos, podendo os pagamentos ser fraccionados de acordo com as condições económicas dos funcionários. No que dizia respeito aos medicamentos, também seriam fixados regulamentos e valores de comparticipação. Seriam, contudo, gratuitas, as vacinações e outros tratamentos profilácticos superiormente aprovados<sup>1069</sup>.

Do ponto de vista dos recursos humanos, a A.D.S.E. remunerava os médicos assistentes com gratificações mensais, variáveis segundo o número de servidores a seu

---

<sup>1067</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 45002. *Diário do Governo, Série I*. 100 (1963-04-27), p. 429-430.

<sup>1068</sup> Ibidem, p. 429.

<sup>1069</sup> Ibidem, p. 430.



encargo. Seriam, posteriormente, fixadas as gratificações e respectivos complementos, segundo tabelas oficialmente aprovadas. Como receitas, a A.D.S.E. possuía dotações atribuídas anualmente pelo *Orçamento Geral do Estado* e as participações dos servidores no custeio da assistência prestada.

A 27 de Abril de 1964, foi publicado o regulamento da A.D.S.E., contendo as disposições já promulgadas, pelo Decreto-Lei nº. 45688<sup>1070</sup>.

Em Setembro de 1965, foi publicado o *Regulamento Geral das Caixas de Reforma ou de Previdência*. Segundo este documento, estas caixas destinavam-se a proteger os beneficiários e os seus familiares na invalidez, na velhice e na morte. Como complemento dos seus esquemas normais de prestações, segundo o diploma, estas caixas poderiam prosseguir outras realizações de acção social dirigidas à defesa da família. Dentro destas últimas, cabia a acção assistencial, mediante prestação de socorros extraordinários aos beneficiários e seus familiares, desde que se verificassem situações de comprovada necessidade. Esta protecção era efectuada, essencialmente, através da prestação de subsídios de invalidez, velhice, sobrevivência e morte. Estas caixas seriam, também, constituídas por um Fundo de Assistência, destinado a assegurar o equilíbrio financeiro da acção de assistência<sup>1071</sup>.

Ainda em 1965, observou-se a implementação de um novo acordo para o internamento hospitalar entre a *Federação das Caixas de Previdência* e a *Direcção-Geral dos Hospitais*<sup>1072</sup>. Para a assinatura deste acordo, os principais negociadores seriam o director-geral dos Hospitais, Coriolano Ferreira e o vice-presidente da Comissão Organizadora da *Federação de Caixas de Previdência e Abono de Família*, Fernando Moreira Ribeiro. Contudo, este novo acordo possuía a vantagem, a favor da previdência, do pagamento, por parte do Estado, da diferença entre as tarifas pré-determinadas pelo acordo e os custos reais dos serviços. O novo acordo atribuía aos beneficiários da previdência e seus familiares o direito ao internamento hospitalar em

---

<sup>1070</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 45688. *Diário do Governo, Série I*. 100 (1964-04-27), p. 588-592.

<sup>1071</sup> Cf. DECRETO nº. 46548. *Diário do Governo, Série I*. 216 (1965-09-23), p. 1238-1248.

<sup>1072</sup> Cf. Acordo para o Internamento Hospitalar entre a Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família e a Direcção Geral dos Hospitais. In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10 A, pt. 12.

todas as modalidades ao nível da medicina e da cirurgia. Até então, apenas gozavam desse direito os beneficiários, e apenas para efeitos de cirurgia geral<sup>1073</sup>.

Tendo em conta a importância deste alargamento e a dificuldade da sua execução imediata, procedeu-se a um escalonamento no tempo. A partir de Setembro de 1965 começava a ser assegurado o internamento em serviços de cirurgia a todos os beneficiários e pensionistas das caixas sindicais de previdência. Seis meses depois, as mesmas modalidades de assistência eram concedidas aos familiares dos beneficiários e pensionistas. O internamento em medicina geral, para beneficiários e familiares, estava previsto após o terceiro ano de funcionamento do acordo, ficando completo o esquema do seguro-doença<sup>1074</sup>.

O acordo abrangia apenas os estabelecimentos hospitalares legalmente dependentes da *Direcção-Geral dos Hospitais*, mas não impedia a celebração de outros acordos com instituições particulares. Aos beneficiários e familiares era igualmente reconhecido o direito a recorrerem a outras instituições particulares, comprometendo-se a previdência a suportar os encargos correspondentes até ao montante das tabelas previstas pelo acordo.

Segundo Correia de Campos, em 1965, apenas cerca de 40% dos portugueses eram cobertos por esquemas de seguro-doença, uma estimativa de 3,2 milhões de pessoas, apenas 1,5 milhões em idade activa<sup>1075</sup>. Em nota informativa da *União Nacional*, os beneficiários de assistência médica e medicamentosa, através da *Federação das Caixas de Previdência*, cifravam-se em 2,5 milhões de pessoas<sup>1076</sup>. Segundo António Correia de Campos e Jorge Simões, este acordo viria a temperar o princípio da responsabilidade individual pelos encargos com a saúde que, contudo continuaria a vigorar para a grande maioria da população<sup>1077</sup>. Como denota Rui Pinto Costa, este acordo acabaria por galvanizar a crescente procura da população pela hospitalização pública<sup>1078</sup>.

---

<sup>1073</sup> Cf. Assinatura do acordo para internamento hospitalar. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMÍLIA – *A saúde e o trabalhador: Postos clínicos da previdência social*. Lisboa: FCPAF, 1969, p. 81-87.

<sup>1074</sup> Cf. Assinatura do acordo para internamento hospitalar, p. 85.

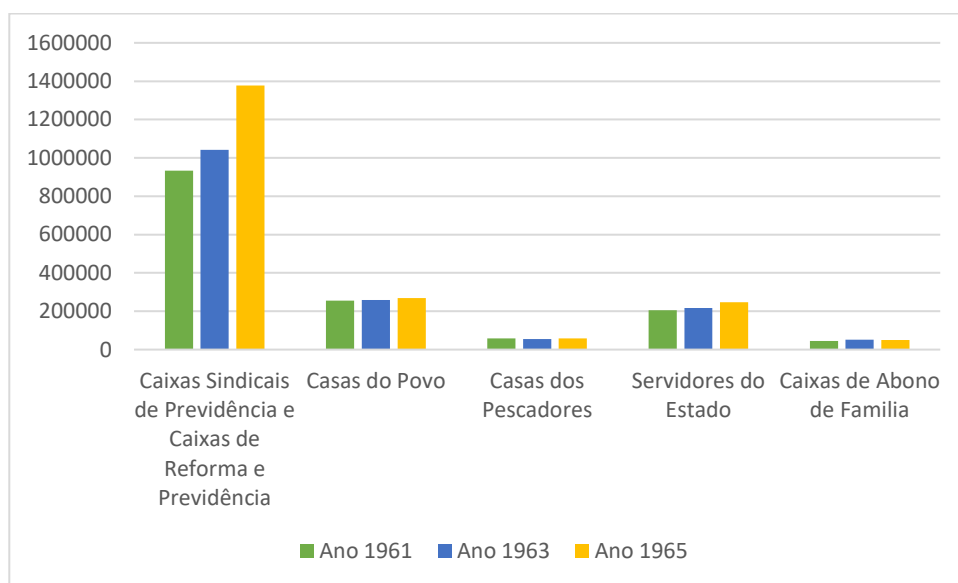
<sup>1075</sup> CORREIA DE CAMPOS, A. – *Saúde: o Custo de um Valor sem Preço*. Lisboa: EPLTC, 1983, p. 32.

<sup>1076</sup> Cf. Nota Informativa da União Nacional, nº.1 (1965-11-10). In ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-PC-71, pt. 5.

<sup>1077</sup> Cf. CORREIA DE CAMPOS, António e SIMÕES, Jorge – Introdução, p. 31.

<sup>1078</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 134.

A economista Maria do Rosário Giraldes, em artigo publicado no *Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, traça um quadro evolutivo do total de beneficiários do seguro social, segundo as diversas origens. Recorrendo a dados do *Instituto Nacional de Estatística* referentes ao *X Recenseamento Geral da População*, à *Estatística da Organização Corporativa e Previdência Social* e ao *Fundo de Desenvolvimento da Mão de Obra*, apresenta-nos valores relativos à evolução dos beneficiários das caixas sindicais e das caixas de reforma e previdência, das casas do povo e das casas dos pescadores, dos servidores do Estado e das caixas de abono de família. A sua análise comprova que o maior incremento de beneficiários efectivou-se em relação às caixas sindicais de previdência e às caixas de reforma e previdência, registando um aumento de 57%, entre 1960 e 1965. Segundo a sua opinião, este trata-se do resultado da reforma da previdência, de 1962, nestas instituições de seguro social. Comportamento de sentido inverso seria o registado pelas caixas de abono de família<sup>1079</sup>.



**Gráf. 33:** Evolução do total de beneficiários do seguro social segundo as diversas origens (1961-1965), segundo o estudo de Maria do Rosário Giraldes [Fonte: *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, nº. 6 (Abril-Junho 1967), p. 122]<sup>1080</sup>.

A evolução verificada nas casas do povo e nas casas dos pescadores mostrava um aumento de 6% e de 4%, respectivamente, do número dos seus beneficiários. No

<sup>1079</sup> Cf. GIRALDES, Maria do Rosário – O sistema português de previdência à luz da reforma de 1962. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, nº. 6 (Abril-Junho 1967), p. 122.

<sup>1080</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

cômputo geral, Maria do Rosário Giraldes aponta um acréscimo de 29,7% do total de beneficiários do sistema, com a passagem de 1.517.167, em 1960, para 1.967.183, em 1965. Contudo, estes valores parecem um pouco abaixo dos avançados pela *Câmara Corporativa*, como veremos seguidamente. Em 1965, os beneficiários das caixas sindicais e das caixas de reforma e previdência constituíam, segundo a sua análise, 92% da população activa. Contudo, no sector referente às casas do povo, casas dos pescadores e dos servidores do Estado, não se verificaria benefícios suficientes outorgados pela reforma da previdência. Neste âmbito, o sector agrícola encontrava-se particularmente desprotegido, cobrindo apenas 30% da população activa<sup>1081</sup>.

Maria do Rosário Giraldes fazia, ainda, referência a algumas importantes modificações introduzidas pela reforma da previdência, como o cálculo dos subsídios pecuniários com base em remunerações mais actualizadas, embora mantivesse a percentagem de 60% do salário médio. Da mesma forma, registava o direito ao internamento hospitalar, concedido para medicina geral, a todos os beneficiários. No que respeitava à tuberculose, a assistência médica deixava de ter limite de tempo, abrangendo o internamento em sanatório e o tratamento cirúrgico, subsidiando 80% do salário médio do trabalhador<sup>1082</sup>.

Em 1968, no *III Plano de Fomento*, seria analisada a assistência na doença por parte dos serviços de previdência. Nela, observou-se uma assimetria na cobertura da população, sendo mais desfavoráveis as populações pertencentes aos distritos de Aveiro, Guarda e Leiria. Registavam-se casos de consultas superlotadas, prejudicando a qualidade do trabalho médico. Entre 1964 e 1966, podemos observar um rápido crescimento do total de beneficiários abrangidos que, em dois anos, parece ter crescido um milhão, conforme os dados que constam no documento. Quanto ao total de médicos pertencentes a este sistema, também cresceria em cerca de 1000 efectivos, diminuindo o rácio de beneficiários por clínico geral<sup>1083</sup>.

---

<sup>1081</sup> Cf. GIRALDES, Maria do Rosário, *op. cit.*, p. 124.

<sup>1082</sup> IDEM, *ibidem*, p.125.

<sup>1083</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8977.

	<b>Beneficiários</b>	<b>Total de Médicos</b>	<b>Beneficiários/Clínico Geral</b>
<b>Ano 1964</b>	2.255.500	2283 (1564 clínicos gerais)	1942
<b>Ano 1966</b>	3.255.254	3286 (1766 clínicos gerais)	1325

**Tab. 17:** Evolução de total de beneficiários e de médicos no sector da Previdência (1964-1966), segundo o *III Plano de Fomento para 1968-1973*.

Do ponto de vista da profilaxia de acidentes de trabalho e doenças profissionais, foi, segundo o diploma, benéfico o impulso mediante funcionamento de um curso de Medicina do Trabalho no *Instituto Superior de Higiene Ricardo Jorge*, e a criação da *Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical*. Era assegurada, ainda, a contribuição para esta causa da *Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais* e do Gabinete de Higiene e Segurança do Trabalho.

O mesmo diploma considerava essencial um alargamento e aperfeiçoamento do esquema de prestação na doença por parte da previdência. Da mesma forma, tornava-se necessário o melhoramento da qualidade dos serviços clínicos prestados, a substituição do sistema médico de dispensários, sujeito a horários pelo médico assistente, pelo sistema de médico assistente, com certo número de beneficiários. Ainda, assim, era necessário revisar o problema da coordenação com os sectores da saúde e assistência, a rectificação de acordos de cooperação e a celebração de outros. O documento expressava uma esperança na celebração de um acordo específico entre a previdência, a saúde e a assistência, no que era respeitante à assistência materno-infantil, quanto ao seguro-maternidade. A A.D.S.E. era, também, considerada, na sua necessidade de articulação com os restantes sectores da saúde dependentes de vários ministérios. Para efectivar tais objectivos, seriam canalizadas verbas no valor de 200.000 contos<sup>1084</sup>, cerca de 9% do total do montante investido no âmbito deste Plano de Fomento.

<sup>1084</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8998.

### 3.5. Evolução da Despesa da Previdência com Saúde e Assistência

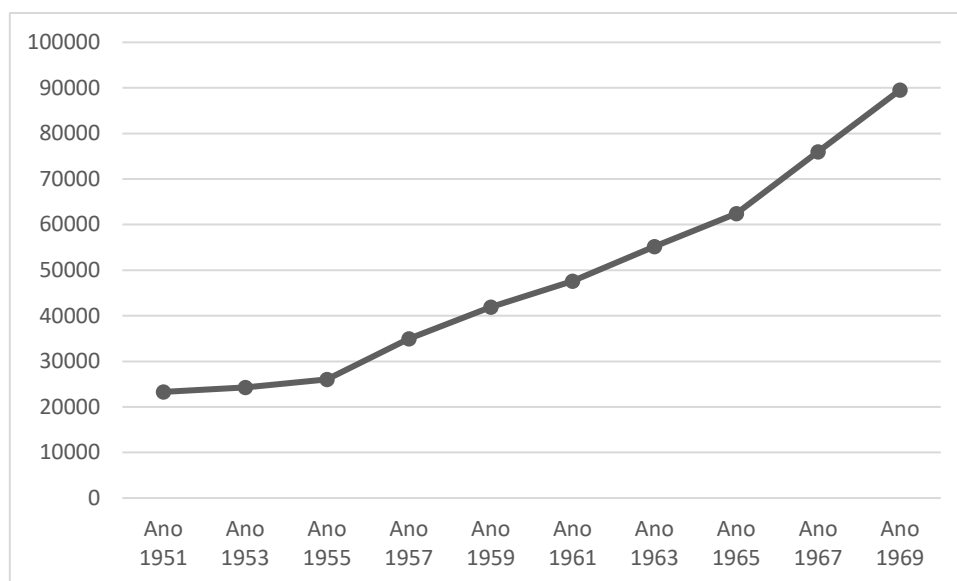
Em termos de dotação orçamental, até 1950, a previdência e as corporações estavam sob tutela do *Ministério das Finanças*, que despendia com este sector entre 0,5% a 1% do seu orçamento total, observando-se um aumento de cerca de um ponto percentual entre 1945 e 1949 (ver Tab. 18)<sup>1085</sup>. A partir da década de cinquenta, passaria a existir um *Ministério das Corporações e da Previdência Social*, e a sua dotação seria sempre crescente durante toda a década de cinquenta, mais acentuadamente durante a década de sessenta. Contudo, analisando a percentagem de despesa do Estado com o *Ministério das Corporações e da Previdência Social*, observamos que 1951 foi o ano de maior dotação, com 0,4% da despesa total geral<sup>1086</sup>.

	1935	1937	1941	1943	1945	1947	1949
<b>Despesa Total</b>	607365	593608	663668	819112	862790	89715	1345241
<b>Corporações e P.S.</b>	2840	3553	4749	6479	7190	9514	22850

**Tab. 18:** Evolução da despesa do *Ministério das Finanças* com as corporações e a previdência social versus despesa total do ministério, em contos (1935-1949).

<sup>1085</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1949]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1950].

<sup>1086</sup> PORTUGAL: MINISTÉRIO DAS FINANÇAS – *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de [1951-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1970].



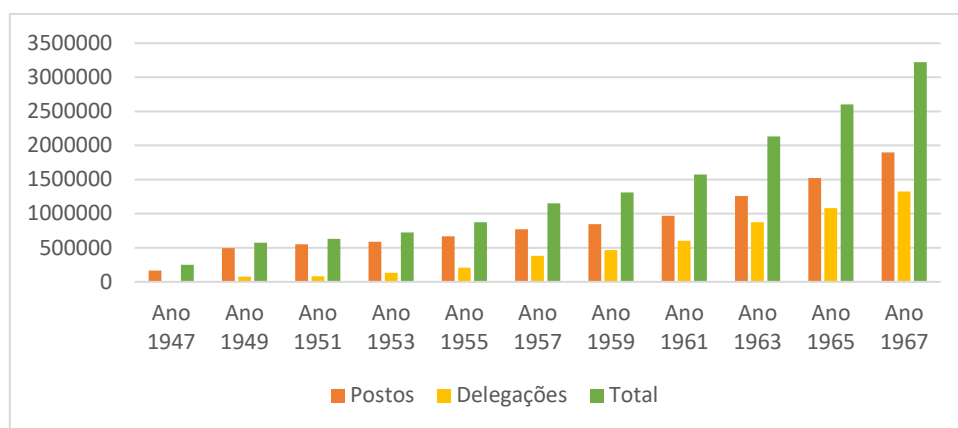
**Gráf. 34:** Evolução da despesa do Estado com o *Ministério das Corporações e Previdência Social*, em contos (1951-1969) [Fonte: *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de (1951-1969)*]<sup>1087</sup>.

### 3.5.1. Federação das Caixas de Previdência – Serviços Médico-Sociais

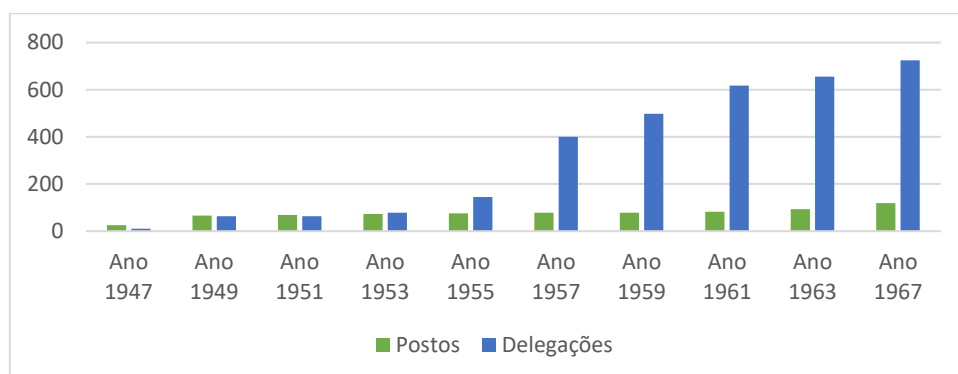
No que era concernente aos serviços médico-sociais, observamos um claro crescimento do total da população abrangida durante toda a década de cinquenta e de sessenta. Contudo, tal crescimento mostra-se mais pronunciado durante a década de sessenta, quando se torna exponencial. Dissecando a evolução da população abrangida nos postos clínicos e nas delegações, observamos claramente que a expressiva maioria da população era assistida nos postos, em detrimento das delegações. É interessante, contudo, observar que, a partir do final da década de cinquenta, o total de delegações crescerá significativamente, ultrapassando o número de postos. Contudo, apesar de um considerável aumento das delegações, os postos seriam ainda os locais de maior recurso da população abrangida pelos serviços médico-sociais. Note-se, ainda, que a partir dos anos sessenta, o total de familiares dos beneficiados ultrapassariam os próprios beneficiados abrangidos por estes serviços<sup>1088</sup>.

<sup>1087</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1088</sup> Cf. SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano [X-XX], [1958-1967].



**Gráf. 35:** Evolução do total de população abrangida pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*, nos postos e nas delegações (1947-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1089</sup>.

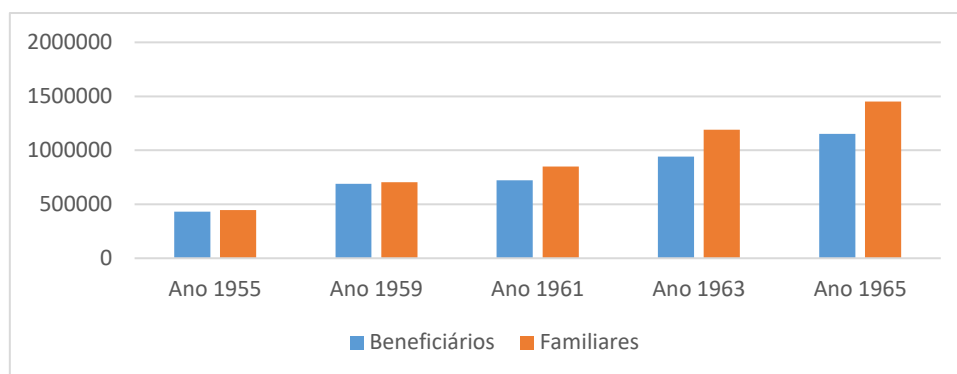


**Gráf. 36:** Evolução do total de postos e delegações dos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1947-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1090</sup>.

<sup>1089</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

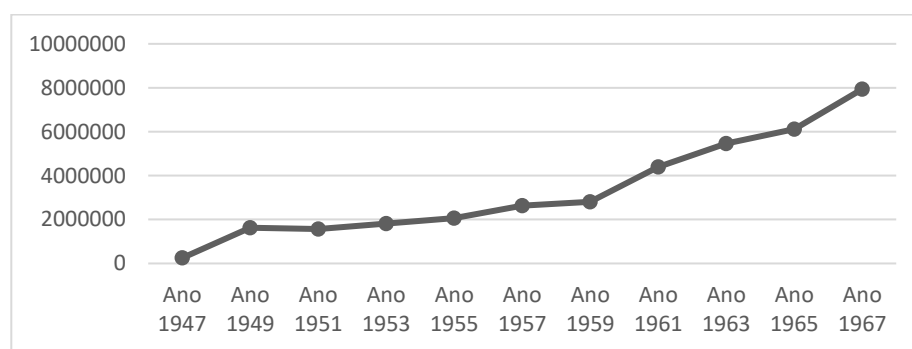
<sup>1090</sup> Idem.





**Gráf. 37:** Evolução do total de beneficiários e familiares abrangidos pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1955-1965) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1091</sup>.

Do ponto de vista dos cuidados de saúde prestados por estes serviços, é possível traçar a evolução das consultas, dos cuidados de enfermagem, de alguns exames complementares de diagnóstico e de alguns tratamentos. No relativo ao total de consultas prestadas por estes serviços, é notório o seu crescimento durante a década de cinquenta, embora seja incontornável o seu incremento exponencial a partir da década de sessenta. Tais consultas eram essencialmente prestadas nos postos, mais uma vez em detrimento das delegações. As especialidades médicas mais procuradas seriam as de clínica médica, de pediatria e de estomatologia sendo, contudo, a primeira a mais preponderante<sup>1092</sup>.

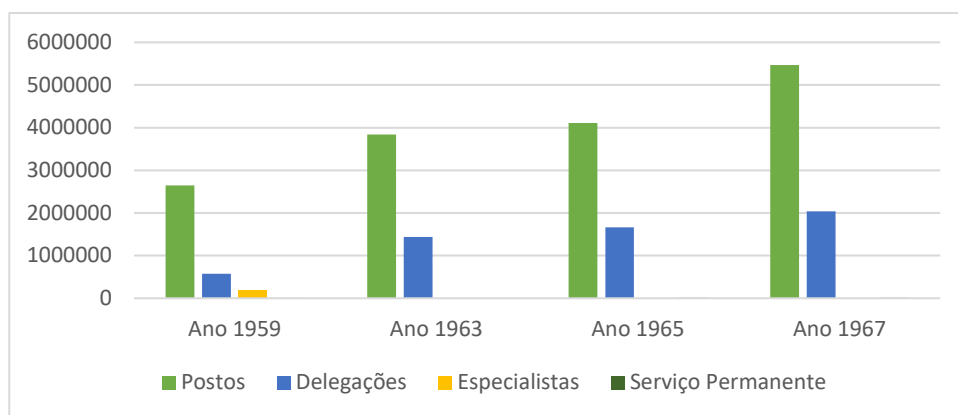


**Gráf. 38:** Evolução do total de consultas prestadas pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* aos respectivos beneficiários (1947-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1093</sup>.

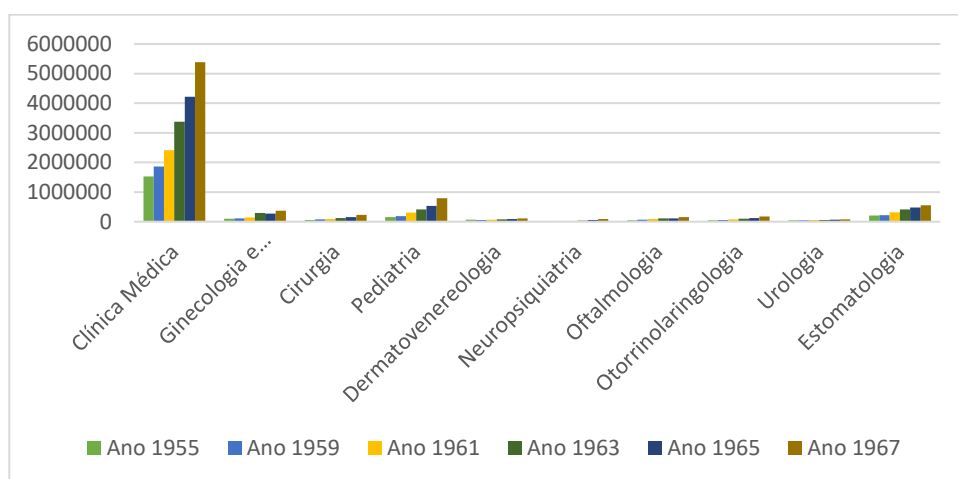
<sup>1091</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1092</sup> Cf. SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano [X-XX], [1958-1967].

<sup>1093</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 39:** Evolução do total de consultas prestadas pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*, de acordo com a sua localização e especialização (1959-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1094</sup>.



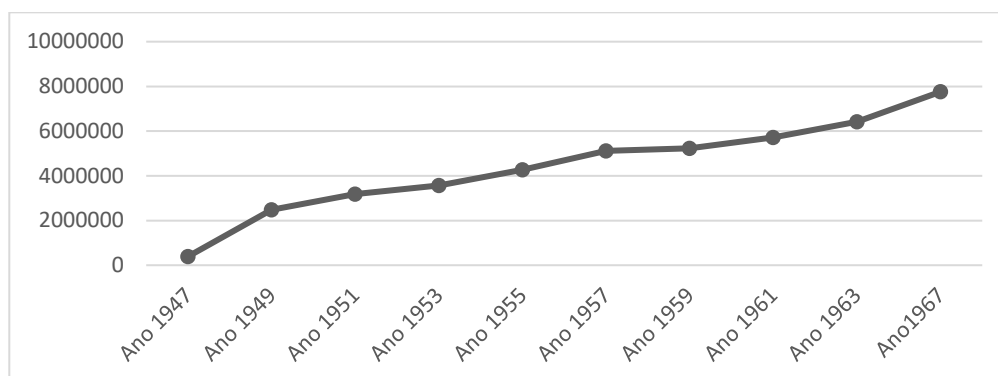
**Gráf. 40:** Evolução do total de consultas de especialidade prestadas pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1955-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1095</sup>.

Do ponto de vista dos tratamentos de enfermagem, tal como em relação à prestação de consultas médicas, observa-se um crescimento sustentado deste indicador durante os anos cinquenta e sessenta. No relativo aos exames complementares de diagnóstico, a sua evolução, durante esta época, é também francamente positiva, ressaltando-se, sobretudo, a preponderância das análises clínicas e o seu acentuado crescimento ao longo dos anos sessenta. No relativo ao considerado “outros

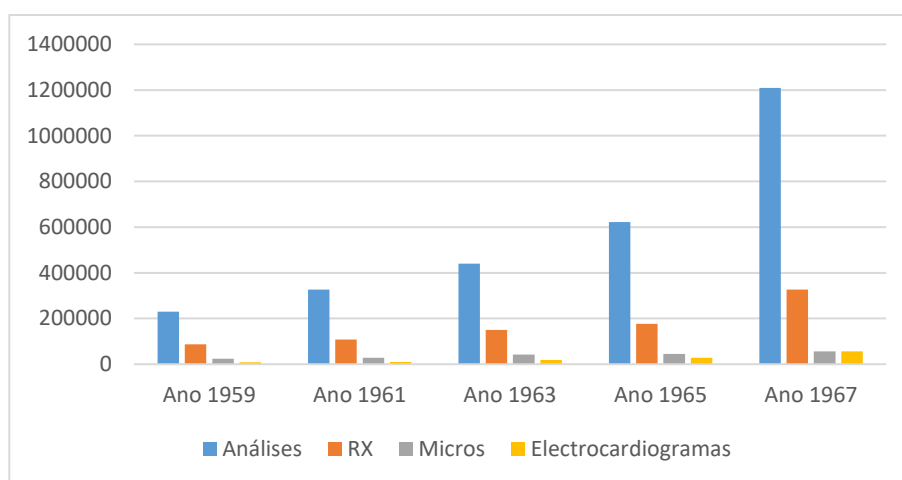
<sup>1094</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1095</sup> Idem.

tratamentos”, há que evidenciar a importância e o crescimento dos tratamentos de fisioterapia, bem como o crescimento, durante a década de sessenta, do total de visitas de parto, de partos e da imunização com vacinas<sup>1096</sup>.



**Gráf. 41:** Evolução do total de tratamentos de enfermagem prestados pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1947-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1097</sup>.

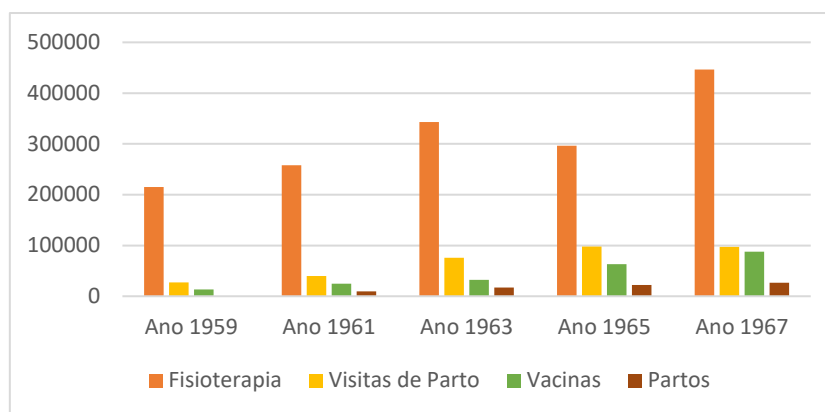


**Gráf. 42:** Evolução do total de exames auxiliares de diagnóstico prestados pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1959-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1098</sup>.

<sup>1096</sup> Cf. SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano [X-XX], [1958-1967].

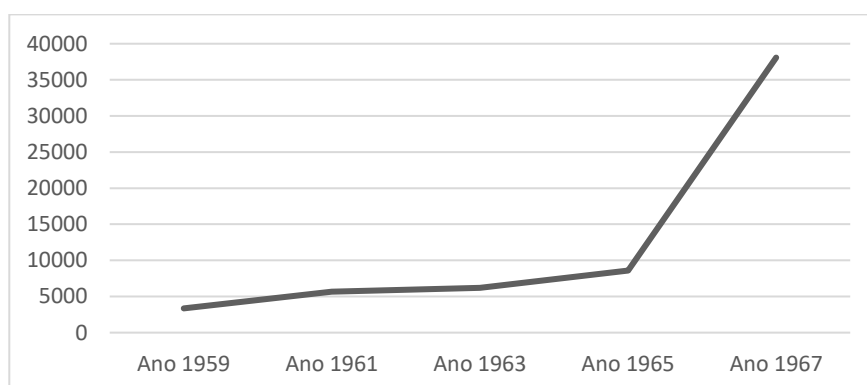
<sup>1097</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1098</sup> Idem.



**Gráf. 43:** Evolução do total de “outros tratamentos” prestados pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1959-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1099</sup>.

Do ponto de vista dos internamentos hospitalares, registou-se um aumento preponderante da sua totalidade, essencialmente a partir de 1965, expressando claramente a efectivação dos acordos estabelecidos entre a Federação e a *Direcção-Geral dos Hospitais*. Também a partir de 1965, pelas mesmas razões, se observa um crescimento exponencial do total de dias de internamento sob responsabilidade da Federação. Como prova de uma maior agilização dos procedimentos hospitalares, a este crescimento do total de internamento, e de dias de internamento, corresponde, contudo, um decréscimo da média do total de dias de internamento por doente<sup>1100</sup>.

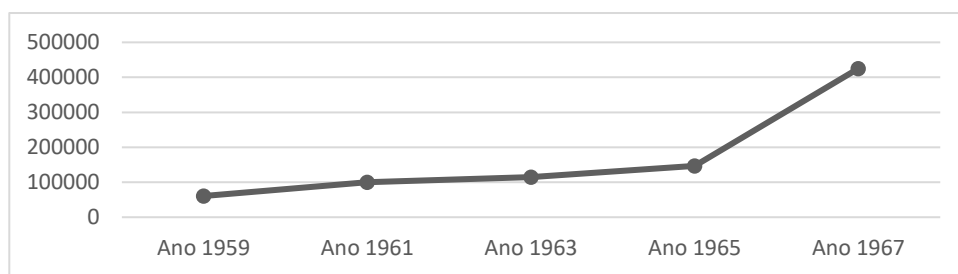


**Gráf. 44:** Evolução do total de internamentos da responsabilidade dos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1959-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1101</sup>.

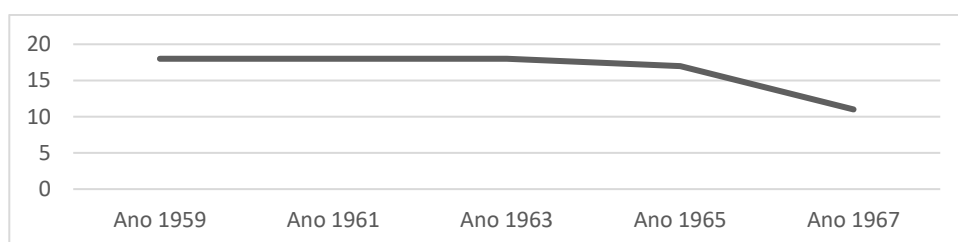
<sup>1099</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1100</sup> Cf. SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano [X-XX], [1958-1967].

<sup>1101</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

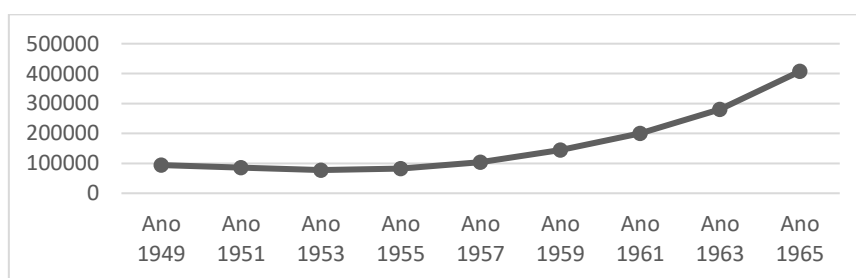


**Gráf. 45:** Evolução do total de dias de internamento sob responsabilidade dos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1959-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1102</sup>.



**Gráf. 46:** Evolução da média de dias de internamento por doente dos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1959-1967) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1103</sup>.

Todo este crescimento de beneficiários, estruturas e cuidados de saúde foi sustentado por um concomitante acréscimo da despesa destes serviços, extremamente incrementado durante a década de sessenta, provando a tendência geral de crescimento destes serviços<sup>1104</sup>.



**Gráf. 47:** Evolução da despesa total dos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* (1949-1965) – em contos [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano (X-XX)]<sup>1105</sup>.

<sup>1102</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1103</sup> Idem.

<sup>1104</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1949-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1950-1966].

<sup>1105</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

### 3.5.2. Caixas de Reforma ou Previdência

Em relação ao sector privado de previdência, nomeadamente às caixas de reforma ou previdência, notamos um grande aumento destas instituições entre 1943 e 1947, mantendo-se até 1953, data a partir da qual se nota um decréscimo, sustentado até 1959. A partir desse ano regista-se um novo acréscimo do número destas organizações, que parece manter-se durante a década de sessenta<sup>1106</sup>. No que diz respeito à população abrangida pelas caixas, notamos durante a década de cinquenta, uma manutenção na ordem dos 125.000 beneficiários, notando-se um aumento exponencial a partir do início da década de sessenta, ultrapassando os 200.000 utentes<sup>1107</sup>.

Sabemos, através dos *Anuários Estatísticos*, que estas caixas possuíam dois tipos de acção, em termos de saúde: uma acção de previdência ou médico-social, e uma acção meramente assistencial. Contudo, a acção médico-social, quer pelo volume de serviços, quer pela tendência crescente dos mesmos e dos respectivos encargos, era considerada a primeira linha de preocupações<sup>1108</sup>. No que diz respeito ao período entre 1955 e 1965, observamos um aumento do número de tratamentos prestados, de consultas e de meios auxiliares de diagnóstico, sendo sempre diminuto o número de hospitalizações e internamentos sanatoriais. No respeitante à acção assistencial, observamos, durante o mesmo período de tempo, uma ênfase dada à assistência médica e medicamentosa, com grande crescimento a partir de 1963<sup>1109</sup>.

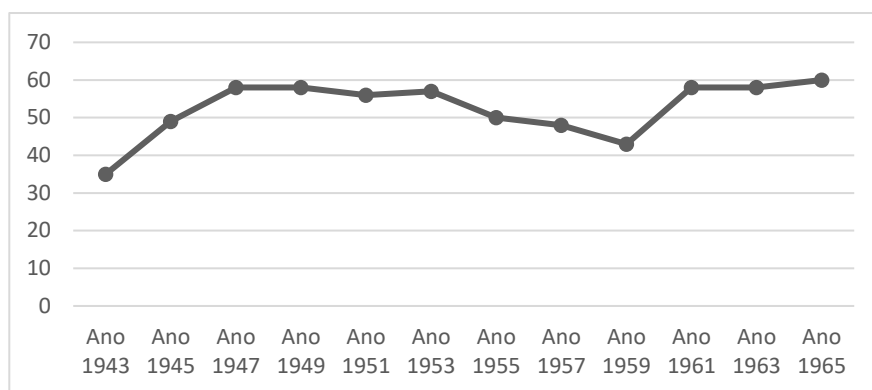
---

<sup>1106</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1943-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1944-1966].

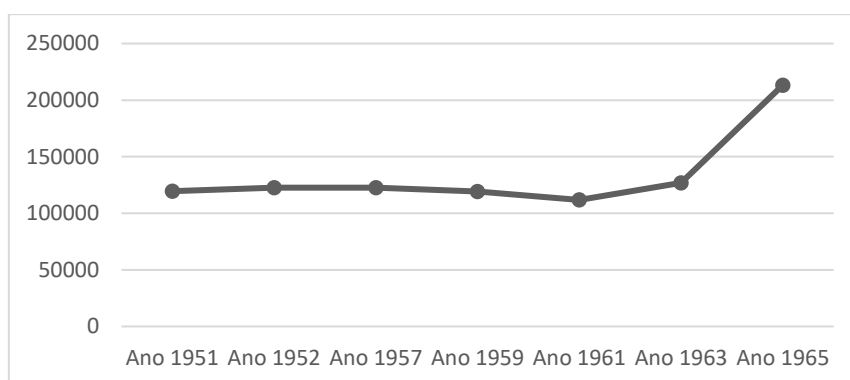
<sup>1107</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1951-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1966].

<sup>1108</sup> Cf. MINISTÉRIO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL – *Relatório da Previdência*. Lisboa: Direcção-Geral da Previdência e Habitações Económicas, 1969, p. 32.

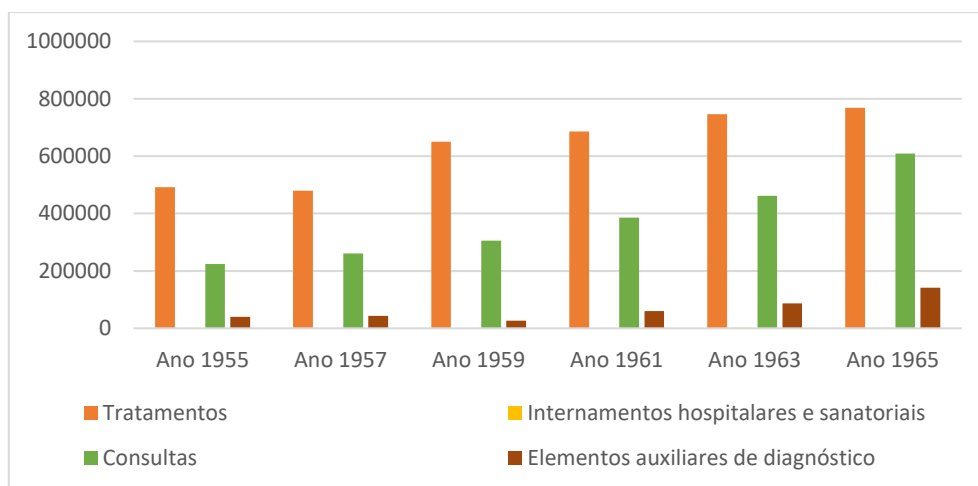
<sup>1109</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1955-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1955-1965].



**Gráf. 48:** Evolução do total de caixas de reforma ou previdência existentes (1943-1965) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1944-1966)]<sup>1110</sup>.



**Gráf. 49:** Evolução da população abrangida pelas Caixas de Reforma ou Previdência (1951-1965) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1952-1966)]<sup>1111</sup>.

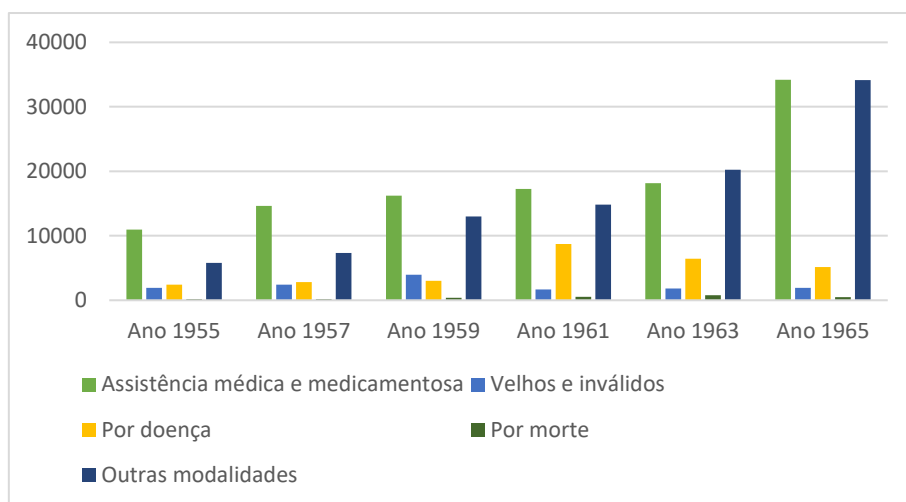


**Gráf. 50:** Evolução do total de intervenções das caixas de reforma na acção de previdência / médico-social (1955-1965) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1956-1966)]<sup>1112</sup>.

<sup>1110</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1111</sup> Idem.

<sup>1112</sup> Idem.



**Gráf. 51:** Evolução do total de socorridos pelas caixas de reforma ou previdência no âmbito da sua acção assistencial (1955-1965) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1956-1966)]<sup>1113</sup>.

### 3.5.3. Associações de Socorros Mútuos

Mantendo o nosso estudo sobre as instituições privadas de previdência, analisemos agora a evolução das associações de socorros mútuos, em termos da prestação de cuidados de saúde e assistência. De facto, entre 1931 e meados da década de sessenta, observou-se um claro decréscimo do número destas associações, que se reduziram para menos de metade, registando-se um maior decréscimo entre 1939 e 1945 (*vide* Gráfico 52)<sup>1114</sup>. Note-se que, como defende Vasco Rosendo, o associativismo livre era observado com suspeição pelo Estado Novo, considerado subversivo e contrário à ordem estabelecida, logo indesejável<sup>1115</sup>. Estudando a localização destas instituições pelo país, concluímos que estas se concentravam, essencialmente, nas grandes cidades, nomeadamente Lisboa e Porto<sup>1116</sup>. As principais receitas destas instituições eram as quotas dos seus associados, juros e algumas rendas que lhes estivessem associadas.

As despesas com a saúde por parte destas instituições, entre 1931 e 1969, mantiveram-se estáveis, observando-se um ligeiro acréscimo durante a década de

<sup>1113</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

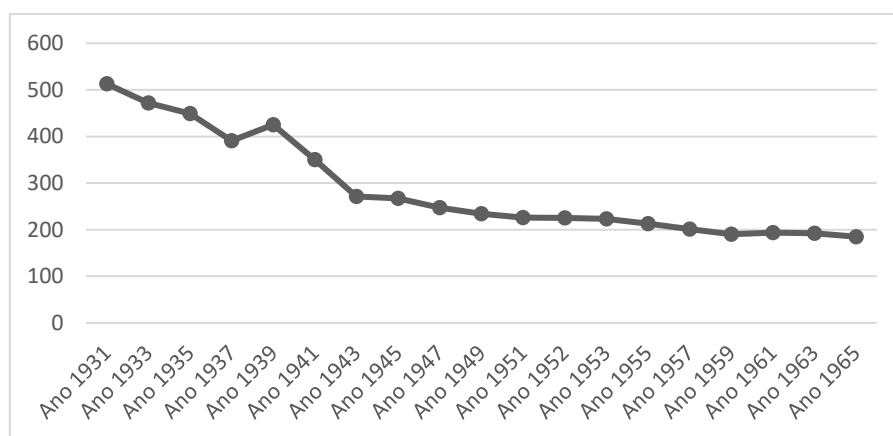
<sup>1114</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1931-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1932-1966].

<sup>1115</sup> Cf. ROSENDO, Vasco, *op. cit.*, p. 271.

<sup>1116</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1931-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1932-1966].



sessenta (*vide* Gráfico 53)<sup>1117</sup>. Em termos comparativos com a sua despesa total, que viria em crescendo desde a década de quarenta e seria bastante acentuada na década de sessenta, concluímos que o crescimento da despesa destas instituições não parece estar ligado a um investimento claro nos serviços de saúde, mas sim, a um aumento da sua actividade de previdência, alargando o número de pensões e subsídios prestados aos seus associados<sup>1118</sup>. Da mesma forma, se observa um alargamento do total de sócios subsidiados por doença, parto, morte ou funeral, e de pensionistas por velhice ou sobrevivência<sup>1119</sup>. Por tal, parece-nos que a actividade sanitária destas associações terá sido mais preponderante até aos anos quarenta, quando consumia cerca de 30% dos seus recursos totais. Em 1961, a despesa destas organizações com serviços de saúde já não chegaria a 20% da sua despesa total.



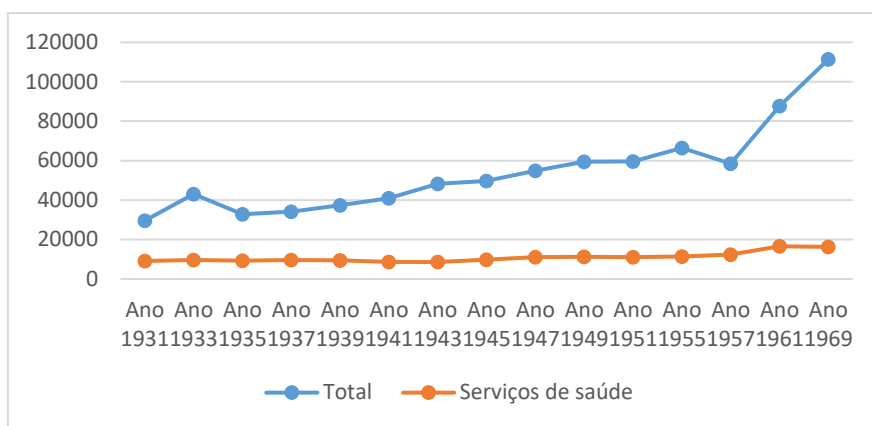
**Gráf. 52:** Evolução do total de associações de socorros mútuos (1931-1965) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1932-1966)]<sup>1120</sup>.

<sup>1117</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1931-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1932-1970].

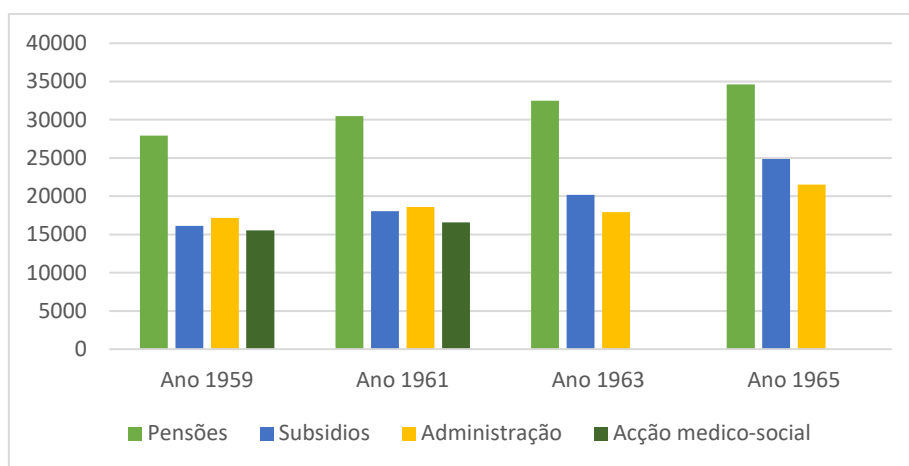
<sup>1118</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1966].

<sup>1119</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1947-1961]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1962].

<sup>1120</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 53:** Evolução comparada da despesa total das associações de socorros mútuos e da sua despesa com saúde – em contos (1931-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1932-1970)]<sup>1121</sup>.



**Gráf. 54:** Evolução do total de despesa das associações de socorros mútuos (1959-1965) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1966)]<sup>1122</sup>.

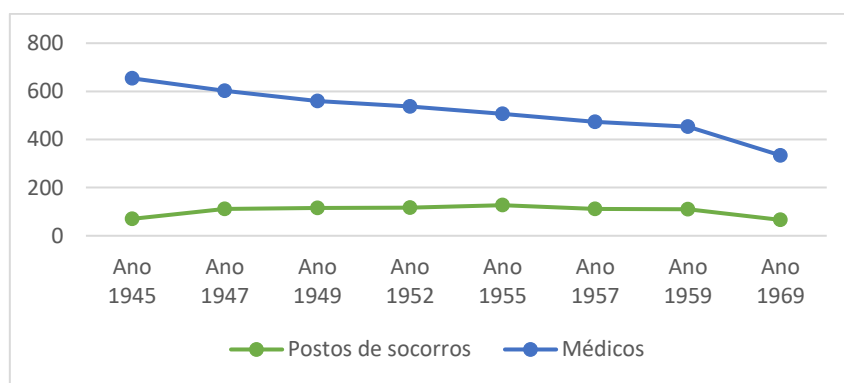
	1947	1949	1951	1955	1957	1959	1961
<b>Sócios</b>	463736	484299	486537	438572	497149	507076	521649
<b>Subsidiados</b>	21383	23420	20488	18722	19375	20621	21506
<b>Pensionistas</b>	9957	9026	7791	8578	8165	8321	9108

**Tab. 19:** Evolução do total de sócios, subsidiados e pensionistas das associações de socorros mútuos (1947-1961).

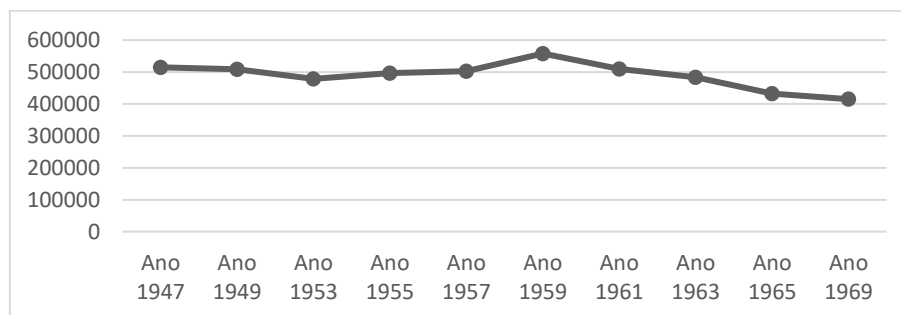
<sup>1121</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1122</sup> Idem.

Em termos de serviços de saúde prestados, ao nível dos postos de socorros geridos por estas entidades, observamos um aumento exponencial do seu número a partir do pós-guerra, que se manteria durante os anos cinquenta e que cairia drasticamente durante a década de sessenta<sup>1123</sup>. Esta é mais uma prova de que o aumento da despesa destas instituições durante os anos sessenta não estava ligada ao sector dos cuidados de saúde, mas sim ao aumento da atribuição de pensões e subsídios, observando-se uma perda de preponderância destas instituições ao nível da saúde. Essa perda de preponderância é também confirmada pela quebra do total de consultas prestadas por estas associações, e pela diminuição do número de médicos a laborarem nas instituições de saúde por si geridas<sup>1124</sup>.



**Gráf. 55:** Evolução do total de postos de socorros e de médicos a laborarem nas instituições de saúde geridas pelas associações de socorros mútuos (1945-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1946-1970)]<sup>1125</sup>.



**Gráf. 56:** Evolução do total de consultas prestadas nas instituições de saúde geridas pelas associações de socorros mútuos (1947-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1932-1966)]<sup>1126</sup>.

<sup>1123</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1945-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1946-1970].

<sup>1124</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1947-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1970].

<sup>1125</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1126</sup> Idem.

### 3.5.4. Caixas Sindicais e Sindicatos

Passemos, pois, a uma análise ao sector corporativo da previdência. Na verdade, a informação constante nas *Estatísticas da Organização Corporativa* revela-nos que os sindicatos intervinham a dois níveis na prestação de cuidados de saúde: ao nível da previdência (através das caixas sindicais) e ao nível de uma acção assistencial. Em relação às caixas sindicais de previdência, notamos um rápido crescimento do seu número, nomeadamente entre 1941 e 1945, que depois veio a decrescer e a estabilizar-se na ordem das vinte instituições (*vide* Gráfico 58)<sup>1127</sup>. Contudo, durante o Salazarismo, não alcançariam número semelhante ao de caixas de reforma ou previdência já existentes. Tal como as anteriormente citadas, as caixas sindicais estavam localizadas nas grandes cidades portuguesas, nomeadamente em Lisboa e Porto, existindo também algumas em Braga<sup>1128</sup>.

Por seu turno, face à lenta evolução dos serviços da previdência durante as décadas de trinta e de quarenta, os trabalhadores que ainda não se encontravam nelas integrados, acabavam por recorrer aos sindicatos. Observa-se uma maior assistência sanitária por parte destas instituições durante os anos quarenta, registando-se, posteriormente, uma diminuição da sua importância nesta área<sup>1129</sup>. Os sindicatos, melhor implantados no território, não tiveram outra solução senão apetrechar-se de serviços e postos médicos, beneficiando os seus sócios. Em 1943, existiam mais postos médicos pertencentes aos sindicatos do que às caixas sindicais, que tinham sido criadas para esse fim. Esta incongruência parecia dever-se a motivos orgânicos das instituições, mas também a carências financeiras<sup>1130</sup>.

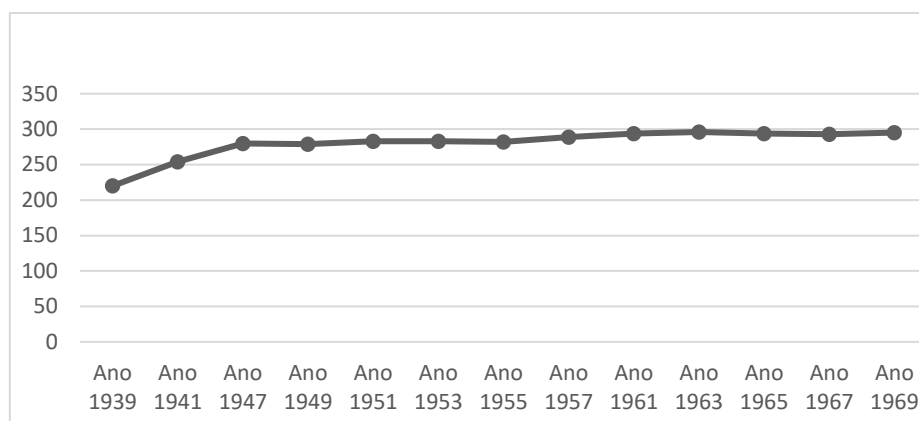
---

<sup>1127</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1939-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1966].

<sup>1128</sup> IDEM - *Ibidem*.

<sup>1129</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1939-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1970].

<sup>1130</sup> Cf. FARELO, Francisco da Costa – Uma tentativa de resolução do problema da assistência médico-social dentro da experiência portuguesa de Previdência Social. In *Revista do Gabinete de Estudos Corporativos*. Lisboa: Centro Universitário de Lisboa – Gabinete de Estudos Corporativos, ano III, nº. 11-12 (1962), p. 191.



**Gráf. 57:** Evolução do total de sindicatos nacionais (1939-1969) [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1940-1970)*]<sup>1131</sup>.

No que diz respeito à população abrangida na doença pelas caixas sindicais, constituída pelos beneficiários e seus familiares, observa-se uma clara diminuição do número de efectivos durante a década de cinquenta, registando-se um novo fôlego a partir de 1963<sup>1132</sup>. As caixas sindicais possuíam vários postos de socorros e respectivas delegações, essencialmente nas cidades de Lisboa e Porto. Observa-se, durante o pós-guerra, um aumento destas instituições, do número de postos e delegações e do número de médicos a laborarem nestas organizações, bem como da população abrangida na doença. Contudo, durante a década de cinquenta regista-se um decréscimo de todos estes indicadores, o que sugere uma perda de preponderância destas instituições de previdência. Em meados dos anos sessenta, observa-se, porém, um ligeiro acréscimo da população abrangida e do número de médicos a laborarem nos seus serviços de saúde<sup>1133</sup>.

As caixas sindicais prestavam vários tipos de cuidados de saúde, embora o maior e mais prevalente fosse relativo à prestação de consultas médicas de especialidades. Cuidados relacionados com internamentos hospitalares e sanatoriais eram praticamente nulos, observando-se, no final da década de sessenta, um decréscimo significativo dos cuidados de saúde prestados<sup>1134</sup>. No respeitante à despesa destas organizações, entre

<sup>1131</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

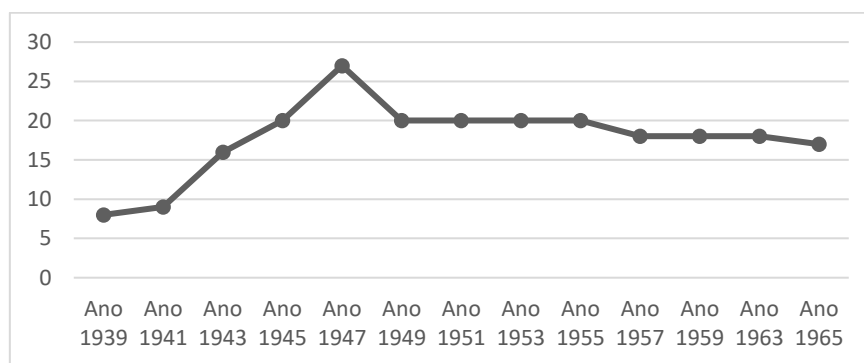
<sup>1132</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1953-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1954-1966].

<sup>1133</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1946-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1946-1966].

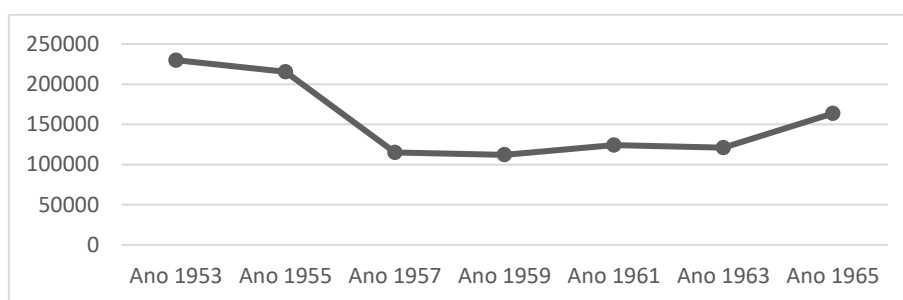
<sup>1134</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1947-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1970].

1957 e 1965, foi sempre crescente<sup>1135</sup>. Estes dados fazem-nos considerar, contudo, que os cuidados médico-sociais não eram a principal despesa destas instituições. Em 1959, a despesa com os serviços médico-sociais era de apenas 17% da despesa total das caixas de previdência. A despesa restante era relativa a subsídios e a pensões.

Em 1948, o jornal *Avante* revelava que as caixas sindicais, apesar de terem reunido algumas centenas de milhares de contos, não prestavam assistência condigna aos seus trabalhadores. Muitos deles não recebiam qualquer assistência na doença e para os que a recebiam era “deficientíssima”, limitando-se à consulta médica ou a algum medicamento barato<sup>1136</sup>. Os dados constantes nos gráficos, respeitantes aos cuidados de saúde prestados por estas caixas no período de tempo em causa, parece corroborar as afirmações constantes no *Avante*.



**Gráf. 58:** Evolução do total de caixas sindicais de previdência (1939-1965) [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1940-1970)*]<sup>1137</sup>.



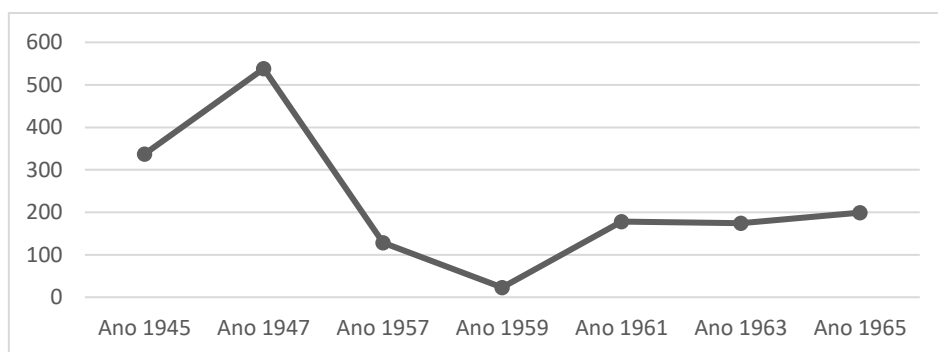
**Gráf. 59:** Evolução da população abrangida na doença pelas caixas sindicais de previdência (1953-1965) [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1954-1966)*]<sup>1138</sup>.

<sup>1135</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1957-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1958-1966].

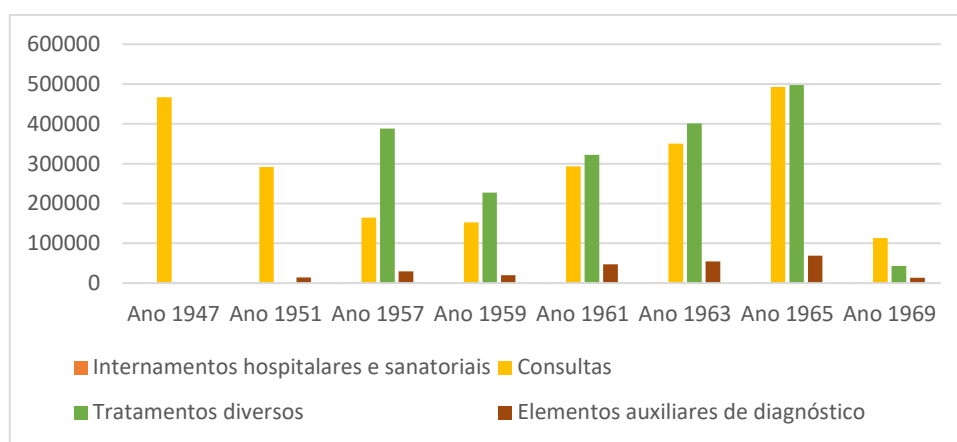
<sup>1136</sup> Cf. Para onde vai o fundo das caixas de previdência. In *Avante*. VI série, nº. 115 (2ª quinzena de Fevereiro de 1948), p. 1-2.

<sup>1137</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

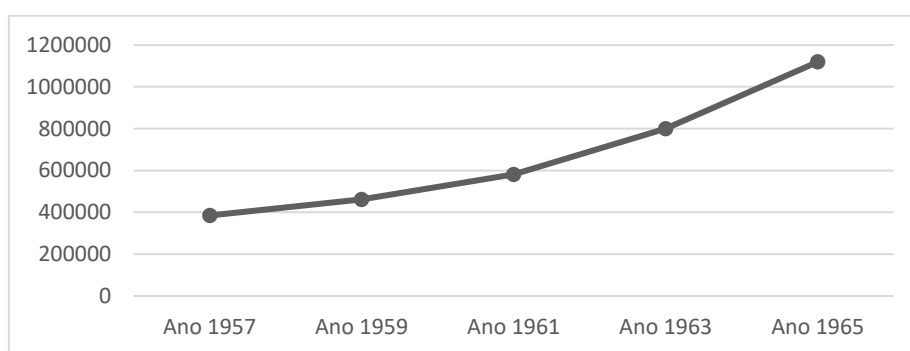
<sup>1138</sup> Idem.



**Gráf. 60:** Evolução do total de médicos a laborarem nos postos das caixas sindicais de previdência (1945-1965) [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1946-1966)*]<sup>1139</sup>.



**Gráf. 61:** Evolução do total de cuidados de saúde prestados pelas caixas sindicais de previdência (1947-1969) [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1948-1970)*]<sup>1140</sup>.



**Gráf. 62:** Evolução da despesa das caixas sindicais (1957-1965) – em contos [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1940-1970)*]<sup>1141</sup>.

<sup>1139</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1140</sup> Idem.

<sup>1141</sup> Idem.

Em 1962, com a Reforma da Previdência Social, as caixas sindicais de previdência passavam, também, a proteger os seus beneficiários na maternidade e na luta contra a tuberculose, podendo ainda ter um papel activo em matéria de doenças profissionais, o que constituiu uma clara inovação em relação à legislação de 1935<sup>1142</sup>.

Ainda em 1962 seria criada a *Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais*<sup>1143</sup>. O diploma fundacional apresentava a definição e etiologia da doença profissional, assumindo a sua extrema gravidade e a sua generalização, apostando na prevenção, com especial foco para o caso da silicose. A legislação previa a criação de um serviço médico orientado para a medicina do trabalho, o serviço médico da empresa, a constituir junto das unidades de trabalho com ambiente de maior índice de morbilidade por silicose. Numa primeira fase, previa-se a cobertura imediata do risco de silicose, para se alargar, progressivamente às demais pneumoconioses e restantes afecções do trabalho. Esta legislação, da autoria do ministro das Corporações e Previdência Social, Henrique Veiga de Macedo, terá sido publicada enfrentando uma crescente reacção de fortes grupos de interesses económicos hostis à evolução da política social do regime<sup>1144</sup>.

A *Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais* incluía-se entre as caixas sindicais de previdência, situando-se, entre elas, no tipo das caixas de seguros especiais, sendo-lhe aplicável o regime geral, unicamente financiada pelas contribuições das entidades patronais. A esta nova caixa competia assegurar a prestação da assistência médica e medicamentosa do respectivo esquema de benefícios, o pagamento de indemnizações por incapacidade temporária e de pensões por incapacidade permanente, a concessão de subsídios de sobrevivência, a promoção da recuperação e reclassificação profissional de sinistrados, bem como a colocação dos reabilitados em ocupações compatíveis com o seu estado de saúde e a sua capacidade de trabalho<sup>1145</sup>.

Em Setembro de 1963, foi publicado o *Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Previdência*. Segundo o diploma, a protecção na doença era realizada mediante a concessão de assistência médica e medicamentosa e de um subsídio pecuniário. Esta

---

<sup>1142</sup> Cf. LEI nº. 2115, p. 891.

<sup>1143</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 44307. *Diário do Governo, Série I*. 95, (1962-04-27), p. 1507-1508.

<sup>1144</sup> PINTO, Jaime Nogueira, *op. cit.*, p. 38.

<sup>1145</sup> Cf. Sobre a nova Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMÍLIA – *A saúde e o trabalhador: Postos clínicos da previdência social*. Lisboa: FCPAF, 1969, p. 159-168.



assistência era concedida durante a duração da doença aos beneficiários activos, pensionistas e seus familiares (cônjuges sem profissão remunerada e restantes familiares com direito a abono de família). A assistência médica era prestada em postos clínicos das casas do povo e das casas dos pescadores, em estabelecimentos ou serviços de saúde e assistência oficiais ou particulares, nos consultórios médicos (em áreas onde não existissem postos) ou no domicílio, quando a enfermidade impedisse os doentes de sair<sup>1146</sup>.

A assistência médica abrangia serviços de clínica geral (consultas, visitas domiciliárias, cirurgia ambulatoria e tratamento), serviços clínicos especializados, incluindo intervenções cirúrgicas, internamento hospitalar “quando necessário”<sup>1147</sup> e exames complementares de diagnóstico. O internamento em estabelecimentos hospitalares era assegurado através de serviços e instituições de saúde e assistência oficiais e particulares nas condições constantes nos acordos celebrados. Os elementos auxiliares de diagnóstico eram fornecidos por serviços próprios das instituições ou de outras instituições de assistência ou, quando tal não era possível, por meio de contractos com médicos da especialidade.

A assistência medicamentosa era concedida “tendo em vista o máximo de eficiência terapêutica e de economia”<sup>1148</sup>. O seu fornecimento era assegurado através das farmácias abertas ao público, mediante apresentação de receita médica, ou pelos serviços próprios das caixas e das suas federações, para tal encarregados. A utilização de serviços de consulta e de visitas domiciliárias era feita mediante o pagamento de senhas de consulta. O custo dos elementos auxiliares de diagnóstico, dos medicamentos e dos restantes meios de tratamento era, em parte, suportado pelo doente. O mesmo se passava em caso de internamento, não podendo o montante exceder, contudo, 30% das diárias, nem 15% do salário. No caso de pensionistas e familiares, o pagamento não podia exceder 25% da sua pensão.

O subsídio de doença era concedido aos funcionários activos que a doença impossibilitasse de trabalhar, excluindo os casos de tuberculose e de maternidade. Era cerca de 60% do salário do trabalhador. Esse subsídio seria pago durante um limite máximo de 360 dias seguidos ou interpolados. Se, no final desse prazo, persistisse a

---

<sup>1146</sup> Cf. DECRETO n.º. 45266. *Diário do Governo, Série I*. 215 (1963-09-23), p. 1505-1506.

<sup>1147</sup> Ibidem, p. 1509.

<sup>1148</sup> Ibidem, p. 1508.

doença, o subsídio seria reduzido para metade, com um limite máximo de 3 anos. No final desse período, se o doente não obtivesse alta, passava a ser considerado inválido.

A protecção na invalidez era realizada mediante a concessão de pensões e serviços de recuperação e readaptação profissional. Tinham direito a pensão de invalidez os beneficiários que, antes de atingirem a idade da reforma por velhice, se encontrassem, por motivo de doença ou acidente, definitivamente incapacitados de trabalhar na sua profissão. O montante da pensão era calculado de forma a não poder ultrapassar 80% do salário-base, nem sendo inferior a 20% do mesmo. Quando atingissem a idade de reforma, a pensão de invalidez passaria a pensão de velhice. Estas últimas eram pensões vitalícias de reforma. Na *Caixa Nacional de Pensões*, a idade normal da reforma era os 65 anos.

Esta legislação previa, ainda, um regime especial para os doentes tuberculosos, no qual o subsídio pecuniário era concedido aos beneficiários activos enquanto durasse o impedimento para o trabalho. Caso o tratamento fosse domiciliário ou ambulatorio era pago 80% do salário-base. Caso o doente fosse internado, a percentagem seria de 60% ou 30%, dependendo se o beneficiário tivesse, ou não, familiares a seu cargo. A protecção na maternidade era realizada mediante a concessão de assistência médica e medicamentosa e de subsídio pecuniário. Eram, ainda, concedidos subsídios de casamento, nascimento, aleitação e funeral, enquanto prestações complementares<sup>1149</sup>.

Se, até agora, analisámos a acção médico-social ao nível da previdência, passaremos a analisar a acção assistencial dos sindicatos. No início dos anos quarenta, a despesa com a assistência – médica, medicamentosa e subsídios - era quase 50% do total da despesa dos sindicatos<sup>1150</sup>. Contudo, a partir do pós-guerra, as despesas dos sindicatos dispararam, não à custa da acção assistencial dos mesmos, nem tão pouco devido a um incremento dos serviços médico-sociais da sua previdência. Os dados apontam para um incremento da despesa relativa a pensões, subsídios e abonos de família<sup>1151</sup>. Em 1957, apenas 8,7% dos sindicatos possuía serviços médicos próprios, número que viria a baixar nos anos seguintes. Entre 1957 e 1963, cerca de 10% dos sindicatos possuía pessoal médico. Contudo, a partir desta data, até final dos anos

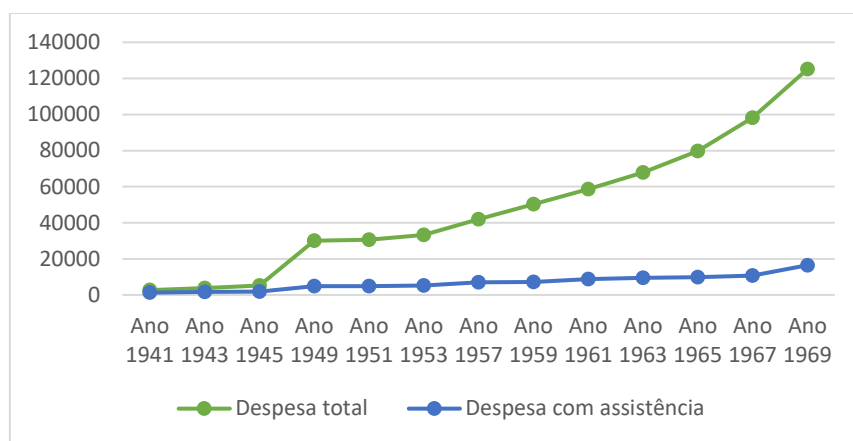
---

<sup>1149</sup> Cf. DECRETO n.º. 45266, p. 1512.

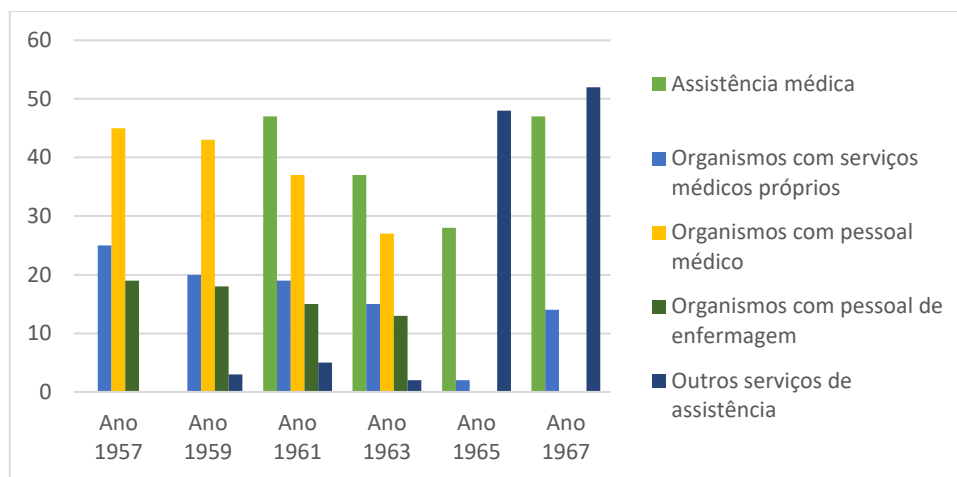
<sup>1150</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1941-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1942-1970].

<sup>1151</sup> IDEM – *Ibidem*.

sessenta, observamos uma quebra no número de sindicatos com pessoal médico e de enfermagem e uma maior aposta em outros serviços de assistência<sup>1152</sup>. Esta mudança no sector assistencial dos sindicatos é também visível através da evolução do total de socorridos por estas organizações. Entre 1955 e 1957, a grande maioria dos socorridos procurava assistência médica e medicamentosa. A partir de 1959, parece ser dada nova ênfase a outras modalidades de assistência, não especificadas<sup>1153</sup>.



**Gráf. 63:** Evolução da despesa total dos sindicatos e da sua despesa com assistência (1941-1969) – em contos [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1940-1970)*]<sup>1154</sup>.



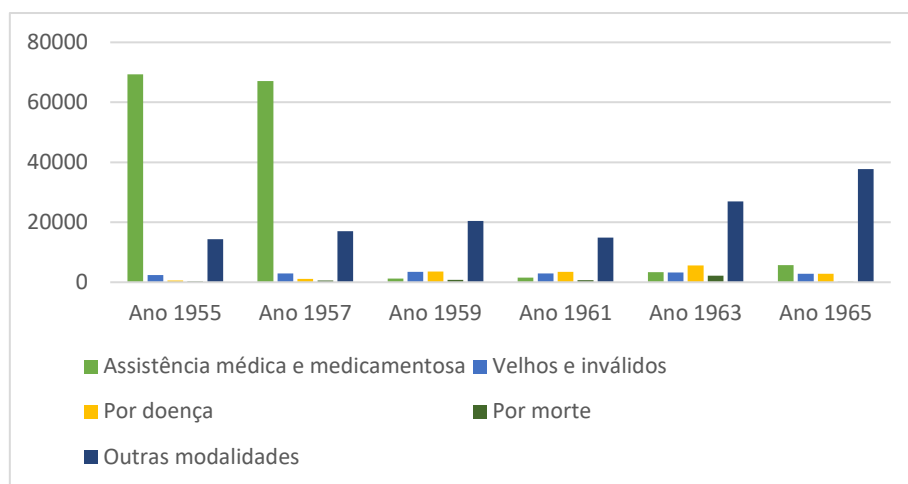
**Gráf. 64:** Evolução do total de sindicatos prestadores de cuidados de saúde e assistência (1957-1967) [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1940-1970)*]<sup>1155</sup>.

<sup>1152</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1957-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1958-1968].

<sup>1153</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1955-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1956-1966].

<sup>1154</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1155</sup> Idem.



**Gráf. 65:** Evolução do total de socorridos pela acção assistencial dos sindicatos (1955-1965) [Fonte: *Estatística da Organização Corporativa: Ano (1940-1970)*]<sup>1156</sup>.

### 3.5.5. Casas do Povo

Em relação às casas do povo, observou-se um grande crescimento destas instituições entre 1938 e 1943, ano a partir do qual se verificou uma manutenção do seu número, nomeadamente durante a década de cinquenta, na ordem das 560 instituições distribuídas pelo país. A partir dos anos sessenta, notou-se outro aumento do número destas organizações, na ordem das 600, espalhadas pelos vários distritos (*vide* Gráfico 66)<sup>1157</sup>. No respeitante à implantação destas instituições no território nacional, notou-se uma clara descentralização, sendo os distritos de maior implantação os de Braga, Beja e Portalegre. Pelo contrário, os distritos com menor implantação de casas do povo, para o período em estudo, eram os correspondentes aos distritos de Lisboa, Leiria e Setúbal<sup>1158</sup>.

Em 1933 foram criadas as caixas de previdência das casas do povo, embora, a partir de 1940, as actuações ao nível da previdência fossem efectuadas de forma directa por estas instituições. No que é relativo ao número de sócios destas instituições, observamos, entre 1949 e 1965, um crescimento mantido do seu número de efectivos, na ordem dos 400.000. Contudo, a partir dessa data, observa-se uma quebra abrupta no

<sup>1156</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1157</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1938-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1939-1970].

<sup>1158</sup> IDEM - *Ibidem*.

seu número, caindo para pouco mais de metade<sup>1159</sup>. Em relação às despesas com cuidados de saúde e assistência por parte das casas do povo, estas dispararam, nomeadamente a partir de 1939. A evolução comparada da sua despesa total e da sua despesa com previdência e assistência – através de subsídios, medicamentos e assistência médica – demonstra que era esta a sua principal fonte de gastos. Se em 1938 estas constituíam cerca de 5% da sua despesa total, em 1945 já eram cerca de 35% da mesma, em 1959, 53% e, em 1967, 72%<sup>1160</sup>. Entre 1967 e 1969 observa-se um ligeiro decréscimo da despesa destas instituições com assistência e previdência. Contudo, torna-se claro que as casas do povo eram instituições prestadores de cuidados de saúde, por excelência, numa tendência que viria em crescendo durante praticamente todo o período salazarista.

Algumas destas casas possuíam dispensários, postos de socorros, lactários, outras instituições de assistência, bem como um corpo clínico, nomeadamente a partir de 1945. As casas do povo eram, pois, as instituições de previdência que prestavam assistência na doença de âmbito regional e descentralizado, e cuja acção seria consolidada pelo regime. Como encontramos especificado no *II Congresso da União Nacional*, as casas do povo eram, muitas vezes, consideradas centros de saúde rurais, concentrando-se nelas todas as atribuições de assistência em matéria clínica e de previdência social rural<sup>1161</sup>. Observa-se que, ao longo do tempo, cada vez mais casas do povo apresentavam serviços médicos próprios. Se, em 1941, 62,5% destas organizações possuíam estes serviços, no final da década de cinquenta, a cifra rondava 70% e, durante a década de sessenta, ultrapassaria os 90%<sup>1162</sup>. Estes números confirmam, pois, uma especialização na prestação de cuidados de saúde por parte das casas do povo, ao longo dos anos.

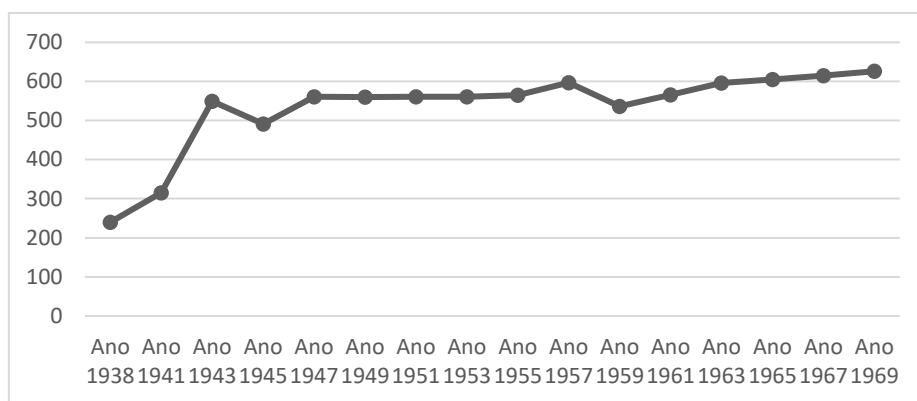
---

<sup>1159</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1949-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1950-1970].

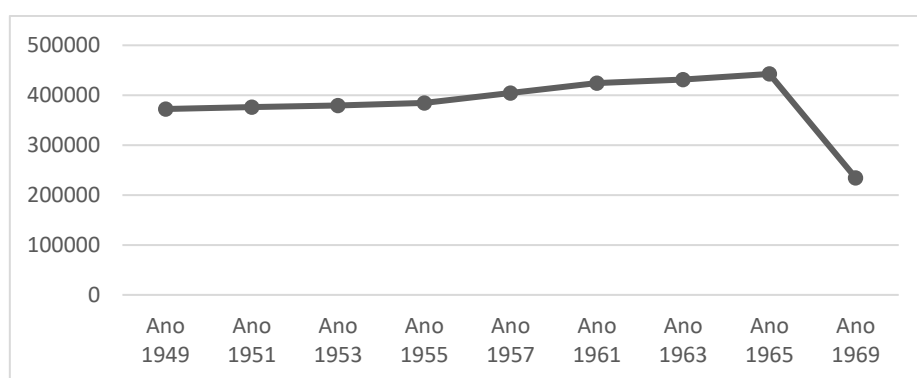
<sup>1160</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1938-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1939-1970].

<sup>1161</sup> Cf. SILVA, M. Pereira da, *op. cit.*, p. 111.

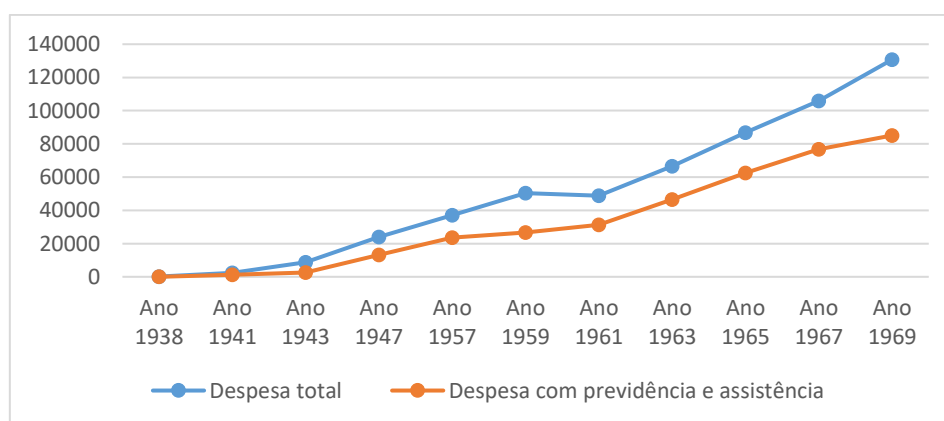
<sup>1162</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1941-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1942-1968].



**Gráf. 66:** Evolução do total de casas do povo (1938-1969) [Fonte: Anuário Estatístico de Portugal (1939-1970)]<sup>1163</sup>.



**Gráf. 67:** Evolução do total de sócios das casas do povo (1949-1969) [Fonte: Anuário Estatístico de Portugal (1939-1970)]<sup>1164</sup>.

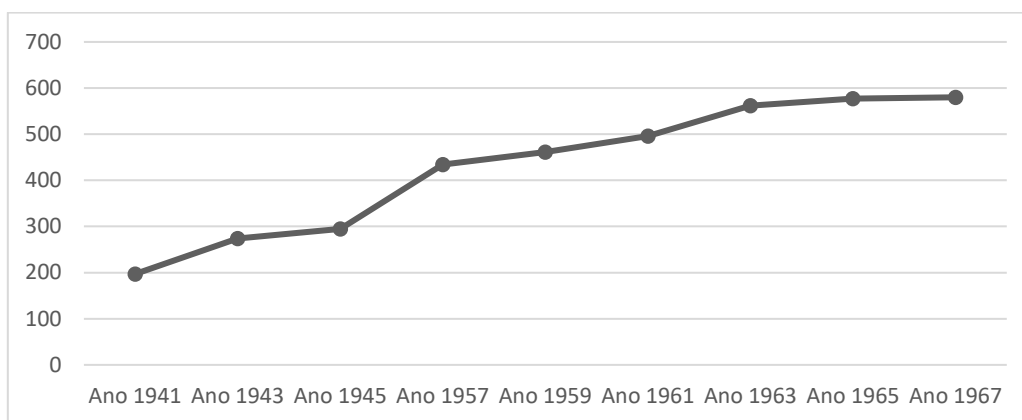


**Gráf. 68:** Evolução comparada da despesa total das casas do povo e da despesa específica com previdência e assistência – em contos (1938-1969) [Fonte: Anuário Estatístico de Portugal (1939-1970)]<sup>1165</sup>.

<sup>1163</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1164</sup> Idem

<sup>1165</sup> Idem.



**Gráf. 69:** Evolução do total de casas do povo com serviços médicos próprios (1941-1967) [Fonte: Anuário Estatístico de Portugal (1939-1970)]<sup>1166</sup>.

Contudo, ainda no respeitante às casas do povo, o P.C.P., no *Avante* fazia, em 1943, uma crítica a estas instituições. Segundo o partido, a organização corporativa teria sido criada para intensificar a exploração dos trabalhadores, sendo os benefícios a ela inerentes esquecidos. Para o demonstrar, o periódico dava o exemplo da *Casa do Povo do Bombarral*. Nela, os trabalhadores pagavam uma quota mensal para receberem um subsídio de doença miserável, ao passo que os proprietários pagavam também uma quota e não tinham qualquer auxílio em caso de doença. Em relação aos cuidados de saúde, o jornalista refere que o médico e a parteira da casa do povo, quando tinham sido contratados, já trabalhavam na câmara municipal, “comendo a dois carrinhos com o mesmo trabalho”<sup>1167</sup>, tendo em conta que as pessoas eram as mesmas. Um claro sinal da falta de organização dos serviços de saúde.

Contudo, durante a década de cinquenta, as casas do povo começavam a apresentar grandes problemas, especialmente pela sua incapacidade em organizar a previdência dos trabalhadores rurais. No *III Congresso da União Nacional* seriam apresentadas duas teses concernentes aos problemas destas organizações. Numa delas, Fernando Ferreira da Silva, presidente da *Associação Geral da Casa do Povo de Rio*

<sup>1166</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1167</sup> Cf. Como as Casas do Povo assistem aos camponeses. In *Avante*. VI série, nº. 45 (Dezembro de 1943), p. 5.

*Maior*, defendia uma brevíssima reforma destas instituições, que não podiam continuar com problemas ao nível das receitas, da organização interna, da assistência e da previdência. Instituições que, apenas por seu intermédio, tornavam possível melhorar a situação dos trabalhadores rurais, a mais desprotegida das classes<sup>1168</sup>. No mesmo congresso, o engenheiro Agnelo Galamba de Oliveira defendia uma ampliação de poderes, autoridades e responsabilidades à *Junta Central das Casas do Povo*, evitando-se desdobramentos e sobreposições verificadas ao nível da previdência e da assistência<sup>1169</sup>.

Em 1957, foram criadas as Federações das Casas do Povo, organismos corporativos intermédios da corporação, com personalidade jurídica, de âmbito distrital. Estas organizações tinham, como atribuições, a coordenação das actividades das casas do povo federadas, a sua representação nos conselhos das corporações, a promoção do desenvolvimento das casas do povo, estabelecimento de acordos com o Estado e outros organismos para a plena realização dos seus fins, a tomada de iniciativa da construção de casas para trabalhadores rurais ou da beneficiação das que já existissem. Deviam constituir receitas destas federações: as contribuições das casas do povo e dos seus sócios contribuintes; os subsídios do Fundo Comum das Casas do Povo; comparticipações destinadas à defesa da família rural, atribuídas pelo Fundo Nacional de Abono de Família; subsídios do Estado e de outras entidades públicas, os juros de bens capitalizados. Competia ao ministro das Corporações e Previdência Social fixar o montante das comparticipações referidas<sup>1170</sup>.

Note-se que, com a Reforma da Previdência Social, de 1962, as casas do povo, e as suas federações, passariam a incluir, segundo este novo diploma, como objectivos de previdência social, os de acção médico-social, de assistência materno-infantil e protecção na invalidez aos seus beneficiários<sup>1171</sup>.

O *III Plano de Fomento para 1968-1973* abordaria o problema da assistência na doença por parte destas instituições. Em 1966, segundo o documento, estiveram em

---

<sup>1168</sup> Cf. SILVA, Fernando Ferreira da – As Casas do Povo e seus Problemas. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 10.

<sup>1169</sup> Cf. OLIVEIRA, Agnelo Galamba – Acerca das Casas do Povo. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 17.

<sup>1170</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 41286. *Diário do Governo, Série I*. 215 (1957-09-23), pp. 906-907.

<sup>1171</sup> Cf. LEI nº. 2115, p. 829.



actividade 651 casas do povo, prestando nelas serviço 764 médicos, 90 enfermeiras, 60 parteiras e 399 auxiliares de enfermagem. Algumas casas do povo promoviam o internamento hospitalar dos beneficiários mediante acordos com as misericórdias locais. A assistência clínica prestada por estas organizações era mais eficiente, segundo o diploma, quando era realizada em acordo com os serviços médico-sociais da *Federação das Caixas de Previdência*. Até ao final de 1966 seriam estabelecidos 422 acordos de cooperação que beneficiariam 350.000 indivíduos, pagando a previdência subsídios num montante de 71.647 contos.

### 3.5.6. Casas dos Pescadores

No relativo às casas dos pescadores, observou-se, tal como ocorreu com as casas do povo, um grande incremento do número de estabelecimentos por todo o país, entre 1939 e 1943, notando-se uma ligeira regressão entre 1943 e 1945, que viria a ser compensada nos anos seguintes. A partir de 1951, o total de casas dos pescadores fixou-se na ordem das 23 em todo o país<sup>1172</sup>. Em relação à sua localização no território nacional, os distritos onde mais se fixaram foram o distrito de Faro, logo seguido pelos distritos do Porto e de Lisboa<sup>1173</sup>.

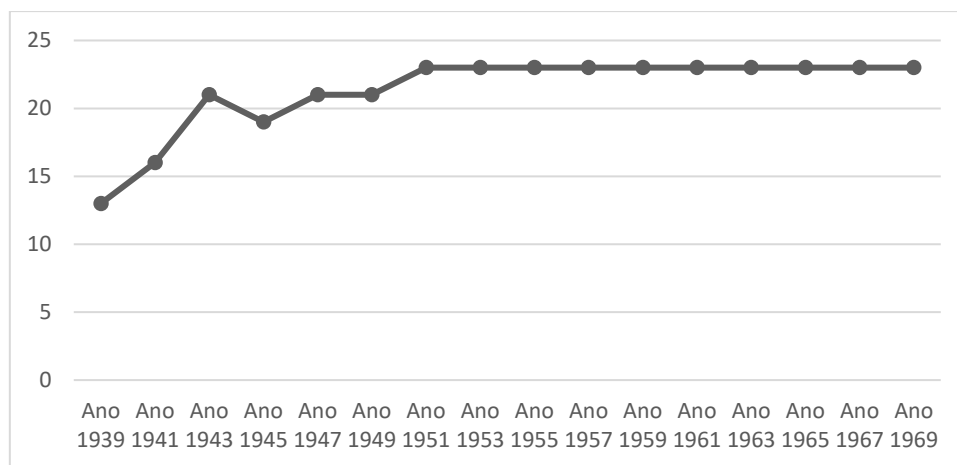
No que é relativo à despesa das casas de pescadores com a assistência clínica, em conformidade com o observado em relação às casas do povo, notamos que esta conheceu um aumento significativo durante o período em estudo, sempre proporcional ao acréscimo da despesa total destas instituições. Se em 1941, a despesa com serviços de saúde constituía apenas 22% da sua despesa total, em 1953 esta já constituía 44% da totalidade de verbas despendidas por estas instituições, e durante a década de sessenta, chegaria à ordem dos 70% (*vide* Gráfico 71). Em 1945, 84% destas instituições possuía postos de socorros, 58% detinha postos de puericultura, 16% fruía de maternidades, 21% possuía lactário, e praticamente todas possuíam médicos e enfermeiros. A partir

---

<sup>1172</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1939-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1970].

<sup>1173</sup> IDEM - *Ibidem*.

dos anos cinquenta, todas estas instituições passariam a possuir serviços médicos próprios<sup>1174</sup>.



**Gráf. 70:** Evolução do total de casas dos pescadores em Portugal (1939-1969) [Fonte: Anuário Estatístico de Portugal (1940-1970)]<sup>1175</sup>.

A assistência preconizada pelas casas dos pescadores incluía consultas, visitas médicas aos doentes impossibilitados de se movimentarem e assistência às grávidas (concessão de subsídios pecuniários, géneros alimentícios, medicamentos, distribuição de berços, enxovais e alimentação artificial aos recém-nascidos). Esta assistência tinha como objectivo melhorar e amparar o estado precário de saúde dos pescadores e da sua família. Estas instituições corporativas de previdência ainda reuniam verbas para hospitalizações, internamentos em sanatórios e casas de repouso, para fornecimento de próteses e ortóteses, para operações, e para tratamentos com agentes físicos. Entre 1951 e 1969, os principais cuidados de saúde prestados por estas instituições prendiam-se com a prestação de consultas, tratamentos e injecções<sup>1176</sup>. Tal como as casas do povo, as casas dos pescadores, ao longo dos anos, parecem ter-se especializado na prestação de cuidados de saúde.

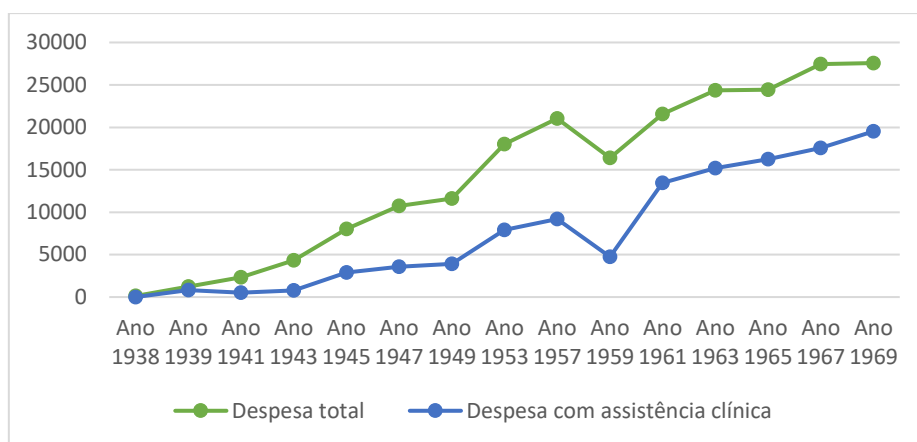
Observe-se que, segundo a Lei nº. 2115, responsável pela Reforma da Previdência Social, em 1962, as casas de pescadores passavam a incluir, segundo este

<sup>1174</sup> Cf. INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1938-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1939-1970].

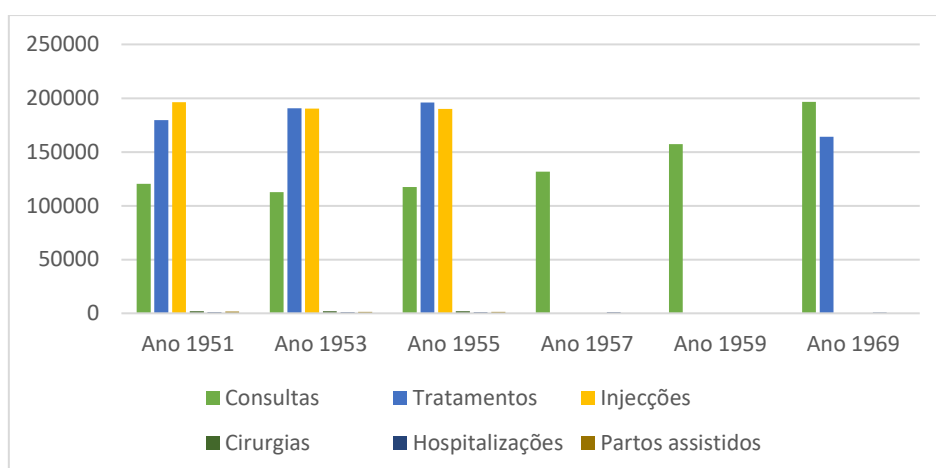
<sup>1175</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1176</sup> Cf. TENREIRO, Henrique dos Santos – Casas dos Pescadores: Tese apresentada ao II Congresso da União Nacional. In Separata do *Boletim da Pesca*. 5, p. 9-12.

novo diploma, como objectivos de previdência social, os de acção médico-social, de assistência materno-infantil e protecção na invalidez aos seus beneficiários<sup>1177</sup>.



**Gráf. 71:** Evolução da despesa das casas dos pescadores com assistência clínica *versus* a sua despesa total (1938-1969) – em contos [Fonte: Anuário Estatístico de Portugal (1939-1970)]<sup>1178</sup>.



**Gráf. 72:** Evolução dos cuidados de saúde prestados pelas casas dos pescadores (1951-1969) [Fonte: Anuário Estatístico de Portugal (1952-1970)]<sup>1179</sup>.

Raquel Varela admite identificar um padrão na previdência do Estado Novo, que obedecia a dois critérios: ou se dava em reacção a conflitos sociais ou por necessidade de manutenção de uma força de trabalho especializada<sup>1180</sup>. Na sequência da quebra da paz social do regime veiculada pelas greves de 1943, observamos, ao nível das despesas com serviços de saúde por parte de algumas instituições de previdência, nomeadamente casas do povo, casas de pescadores, caixas de reforma ou previdência e da *Caixa Geral*

<sup>1177</sup> Cf. LEI nº. 2115, p. 829.

<sup>1178</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1179</sup> Idem.

<sup>1180</sup> Cf. VARELA, Raquel, *op. cit.*, p. 38.

*de Aposentações*, um incremento considerável, que parece corroborar, em certa medida, o padrão proposto pela autora.

Note-se que o sector público, a nível global, apenas despenderá para este sector cerca de 1% da despesa total do *Ministério das Finanças*, em 1945, percentagem que revela uma aparente inércia estatal em desenvolver caixas de previdência por si directamente financiadas. Do ponto de vista da implantação territorial, podemos concluir que nas grandes cidades, nomeadamente Lisboa, actuavam em maior número as caixas de reforma ou previdência, de natureza privada, e as caixas sindicais de previdência, de natureza corporativa, sendo contudo as primeiras as mais numerosas. As instituições de previdência mais descentralizadas seriam claramente as casas do povo e as casas dos pescadores, que se multiplicaram por todo o território nacional. Note-se, contudo, que como instituições privadas de assistência, as associações de socorros mútuos possuíam, da mesma forma, uma implantação à escala nacional, estando presentes em quase todos os distritos, embora seja inegável que a sua maior actuação fosse limitada às cidades de Lisboa e Porto.

### **3.6. As Críticas do *Avante* à Política Sanitária da Previdência**

O jornal *Avante* era um dos maiores críticos da política de previdência do regime. Como podemos observar, ao longo dos anos, fora, muitas as queixas dos trabalhadores, que entendiam que o dinheiro, que eram obrigados a descontar, não lhe trazia os benefícios que julgavam seus por direito. Em Agosto de 1946, o jornal *Avante*, órgão do P.C.P., denunciava um “roubo escandaloso”<sup>1181</sup>, no qual o governo assaltava as caixas de previdência. Nesse artigo, o periódico criticava o governo, que proclamava que centenas de milhares de trabalhadores estavam protegidos contra riscos de doença, invalidez e com garantia de pensões e reforma, graças à previdência social. Segundo o órgão do partido, a realidade era bem diferente da veiculada pelo governo. Os velhos, os doentes, os sinistrados, os órfãos e as viúvas caíam “na miséria mais negra”<sup>1182</sup>, pois as caixas de previdência não cumpriam os seus fins. Em 1948, o jornal *O Militante*,

---

<sup>1181</sup> Cf. Mais um roubo escandaloso!: O Governo assalta as caixas de previdência. In *Avante*. VI série, nº. 93, (2ª quinzena de Agosto de 1946), p. 1.

<sup>1182</sup> *Ibidem*, p. 1.

também afecto ao P.C.P. reclamava a ineficácia da protecção social preconizada pelas caixas de previdência. Onde não chegava a previdência estatal, a publicação defendia que os trabalhadores deveriam reclamar os benefícios ao patronato. Era necessária uma luta no que dizia respeito ao capítulo da assistência na doença. Por tal, reivindicavam subsídios a partir do primeiro dia de doença (e não apenas somente após o terceiro dia de baixa médica) e um subsídio igual ao salário, já por si insuficiente<sup>1183</sup>.

Os trabalhadores affectos ao partido comunista pediam, ainda, que o subsídio de parto fosse igual ao subsídio de doença, o pagamento dos medicamentos, incluindo especialidades farmacêuticas (porque as receitas eram muito caras e os trabalhadores, muitas vezes, não tinham possibilidades de as aviar), medidas concretas de conforto e higiene nas habitações e uma protecção efectiva à maternidade e à infância, através do auxílio à lactação, colónias de férias e cantinas escolares<sup>1184</sup>.

O *Avante* continuava a criticar a previdência estatal, contrariando a propaganda veiculada pelo governo, que colocava o nosso país na vanguarda dos povos no campo dos seguros sociais. Conforme sublinhava um artigo daquele periódico, “os trabalhadores portugueses sentem na própria carne a mentira da previdência salazarista”<sup>1185</sup>. Essa mentira era maior ao nível da assistência às mulheres grávidas, sendo-lhes negado algum subsídio por ocasião do parto. Apenas tinham direito a subsídio se, concomitantemente, desenvolvessem outra doença manifestamente independente do parto, que as impossibilitasse temporariamente. Da mesma forma, o jornal informava sobre casos de corrupção no seio das caixas de previdência, como o que parecia ter ocorrido na *Caixa de Previdência dos Operários da Indústria de Cortiça* por um destacado legionário, que efectuara um desfalque de mais de três mil contos<sup>1186</sup>.

Em 1949, o *Avante*, mais uma vez, denunciava uma burla das caixas de previdência. O dinheiro dos trabalhadores, aplicado nestas caixas não seria, segundo o jornal, utilizado na assistência a essa população. A assistência destes organismos era

---

<sup>1183</sup> Cf. Sobre as Caixas de Previdência: Para além da previdência do Estado, a assistência aos patrões. In *O Militante*. III série, nº. 5 (Fevereiro de 1948), p. 5-6.

<sup>1184</sup> Cf. Sobre as Caixas de Previdência: Para além da previdência do Estado, a assistência aos patrões, p. 6.

<sup>1185</sup> Cf. A mentira da previdência salazarista: Os roubos e as negociatas escandalosas continuam. In *Avante*. VI série, nº. 127 (2ª quinzena de Novembro de 1948), p. 1-2.

<sup>1186</sup> Cf. A mentira da previdência salazarista: Os roubos e as negociatas escandalosas continuam, p. 2.

claramente insuficiente, considerando que os *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* não efectuavam cirurgias, não faziam internamentos, não pagavam hospitalizações ou cirurgias, não assistiam os tuberculosos nem custeavam sanatórios, e o fornecimento de medicamentos era muito restrito. Por tudo isso, o *Avante* considerava a existência de uma “falsa assistência” por parte do Estado aos seus trabalhadores<sup>1187</sup>.

Os doentes eram obrigados, segundo o jornal, a fazerem grandes caminhadas até aos postos da Federação. Os médicos examinavam os doentes rapidamente, “como se lhes estivesse a fazer favores”<sup>1188</sup>, os medicamentos chegavam aos postos com grande atraso, tal como os subsídios de doença, que seriam suprimidos ao fim de nove meses consecutivos de doença. A Federação não possuía hospitais privativos e os doentes tinham de ser tratados em ambulatório, nas suas casas com poucas condições. Os postos médicos eram poucos e pouco providos de médicos e de medicamentos não injectáveis.

Tendo em conta este cenário, o P.C.P. defendia que as caixas de previdência, mal geridas pelo governo e pelo I.N.T.P., deveriam ser entregues à gestão dos trabalhadores, que deveriam administrar os seus fundos e o controlo da sua aplicação. No ano seguinte, em 1950, o *Avante* ia mais longe e exigia a dissolução da *Federação das Caixas de Previdência*, “organismo inútil e parasita”, continuando a reivindicar a nomeação de representantes dos trabalhadores para as direcções das caixas de previdência<sup>1189</sup>.

No que era relativo à publicação do Decreto n.º 37762, o P.C.P. pensava neste diploma como uma prova do “desprezo da camarilha salazarista pela vida dos trabalhadores”, legislação que reduzia a metade os medicamentos fornecidos aos trabalhadores doentes. A oposição comunista considerava que o dinheiro da previdência era gasto em instalações “sumptuárias” para as caixas de previdência e em altos salários aos seus directores. Por isso, o *Avante* proclamava que era necessário pressionar as

---

<sup>1187</sup> Cf. A Burla das Caixas de Previdência: Desmascaremos a política salazarista de falsa assistência. In *Avante*. VI série, n.º. 142 (1ª quinzena de Novembro de 1949), p. 2.

<sup>1188</sup> Cf. Os trabalhadores devem exigir administração operária para as caixas de previdência. In *Avante*. VI série, n.º. 137 (Junho de 1949), p. 1-2.

<sup>1189</sup> Cf. Pela dissolução da Federação das Caixas de Previdência: Reivindiquemos as direcções das Caixas para os trabalhadores. In *Avante*. VI série, n.º. 151 (Setembro de 1950), p. 1-2.

direcções das comissões de trabalhadores para exigirem uma assistência médica gratuita, subsídio de doença e subsídio de desemprego<sup>1190</sup>.

Em 1952, o *Avante* continuava a atacar a política de previdência do Estado Novo, alegando que o regime desviava os fundos retirados ao salário dos trabalhadores para ressarcir despesas do Estado, que não serviam os interesses dos trabalhadores. Continuavam a pedir uma assistência condigna e gratuita, que pudesse garantir uma velhice “livre de sofrimento e de miséria”<sup>1191</sup>. No ano seguinte, as acusações contra os desvios do dinheiro da previdência avolumavam-se. Desta feita, acusavam o Governo de desviar parte destas verbas para o *I Plano de Fomento*, o que seria confirmado pelo regime, ao passo que alguns deputados, como Cerqueira Gomes, propunham a redução dos benefícios da previdência aos trabalhadores<sup>1192</sup>.

Em 1955, o *Avante* voltava a atacar a política de previdência voltando a destacar o roubo dos fundos da previdência para o *I Plano de Fomento*, fazendo diminuir os direitos dos trabalhadores à assistência das suas próprias caixas, diminuindo a despesas ao nível dos medicamentos, dos exames radiológicos e das análises clínicas. O periódico avançava, ainda, que os trabalhadores eram tratados, nesses postos, com desumanidade, tendo de se deslocar quilómetros a pé para receberem tratamento. Mais uma vez, o partido apelava aos trabalhadores que se unissem e reivindicassem o pagamento total dos medicamentos pelas caixas, operações e hospitalizações gratuitas, concessão de assistência à família dos trabalhadores, a abolição de pagamento de senhas de consulta e visita<sup>1193</sup>.

No início dos anos sessenta, os periódicos ligados à oposição comunista voltavam a atacar a política de previdência do regime. *O Têxtil*, em Junho de 1960, publicava uma notícia onde denunciava grandes falhas assistenciais do regime. Os subsídios de doença e de morte eram pagos, pelas caixas de previdência, com grande morosidade, segundo o periódico. A assistência na saúde estava, também, mais restrita. Prova disso era a obrigatoriedade do pagamento de senhas de consulta, que até então

---

<sup>1190</sup> Cf. Contra a Burla da Previdência. In *Avante*. VI série, nº. 161 (Setembro de 1951), p. 2.

<sup>1191</sup> Cf. Os salazaristas roubam os fundos da previdência. In *Avante*. VI série, nº. 169 (Julho de 1952), p. 2.

<sup>1192</sup> Cf. A Camarilha Salazarista Saqueia os Dinheiros da Previdência e do Fundo de Desemprego. In *Avante*. VI série, nº. 179 (Agosto de 1953), p. 6.

<sup>1193</sup> Cf. O Dinheiro Roubado através da Previdência deve Voltar à Posse dos Trabalhadores, p.2.

não se verificava, a perda do direito de internamento pago pela caixa, e o pagamento do subsídio por doença após seis dias de baixa e não apenas três, como se vinha a verificar<sup>1194</sup>.

Do mesmo modo, o periódico afirmava que os fundos da previdência eram desviados para financiar as grandes empresas capitalistas. Ainda em Novembro de 1960, *O Têxtil* publicava novo artigo, onde anunciava o seu descontentamento por os beneficiários das caixas de previdência serem obrigados a custear 25% das despesas com medicamentos. Mais uma vez, sublinhava que o dinheiro da previdência era desviado da sua função, devendo exigir-se o pagamento total das despesas medicamentosas dos trabalhadores<sup>1195</sup>.

Ainda em Novembro de 1960, o *Avante* noticiava, uma vez mais, os desvios do dinheiro da previdência, incapaz de dar resposta às necessidades dos seus beneficiários, “abandonados na doença e na invalidez e [...] uma velhice na miséria”<sup>1196</sup>. Ao passo que o dinheiro que tinham descontado ia integrar o capital de empresas como as Hidroeléctricas do Cávado, do Zêzere e do Douro e a *Companhia Nacional de Electricidade*. Adiantava, ainda, o periódico, que só com o “derrube do fascismo” seria possível aos trabalhadores conquistarem um verdadeiro seguro social<sup>1197</sup>.

Em Janeiro de 1961, o *Avante* continuava a atacar a política de previdência, denunciando os desvios de dinheiro, que transformavam as caixas de previdência em “fontes públicas de financiamento”, que serviam “os interesses dos monopolistas, a repressão e as aventuras belicistas coloniais do governo”<sup>1198</sup>. A publicação chamava, ainda, a atenção para o aumento do número de tuberculosos entre os trabalhadores. Insurgia-se contra o decreto que obrigava ao pagamento de 25% das despesas medicamentosas por parte dos trabalhadores, cujo objectivo era, segundo o periódico, diminuir a despesa com o fornecimento dos medicamentos e aumentar as receitas, considerando imperiosa a luta contra esta legislação.

---

<sup>1194</sup> Cf. A Assistência aos Textéis, p. 2.

<sup>1195</sup> Cf. O Dinheiro da Previdência deve ser utilizado em benefício dos trabalhadores. In *O Têxtil*. Ano 5º, nº. 28 (Novembro de 1960), p. 3.

<sup>1196</sup> Cf. A Previdência ao Serviço dos Monopólios. In *Avante*. VI série, nº. 295 (Novembro de 1960), p. 6.

<sup>1197</sup> Ibidem, p.6.

<sup>1198</sup> Cf. A Previdência e os 25 por cento. In *O Têxtil*. Ano 6º, nº. 30 (Janeiro de 1961), p. 4.



Em Abril de 1963, era publicado novo artigo do *Avante*, denunciando a situação dos operários da indústria cerâmica, que caíam frequentemente doentes devido à inalação de poeiras e à silicose. O periódico advertia os leitores para a falta de apoio financeiro da *Caixa de Previdência dos Cerâmicos* a estes doentes que “morrem como moscas e passam fome depois de ter arruinado a saúde”<sup>1199</sup>. Por tal, o jornal suscitava a reclamação, por parte dos trabalhadores, para o aumento dos subsídios e da assistência das caixas de previdência e para que o subsídio fosse pago desde o primeiro dia de doença.

Em Setembro de 1966, o *Avante* voltava a atacar a política de previdência do Estado Novo, comparando-a a um “roubo”, “onde tudo era mau”, voltada para servir os monopólios e o regime, “e alimentar uma chusma de figurões da confiança do regime que se governam à grande com os dinheiros arrancados aos magros salários [dos trabalhadores]”<sup>1200</sup>. As acusações de corrupção e de desvios de dinheiro na previdência mantinham-se. Do ponto de vista sanitário, os operários continuavam a reclamar mais benefícios por parte da previdência. O mesmo jornal relatava, em 1966, a luta dos trabalhadores da Carris, no Porto, contra um acto arbitrário dos serviços de previdência, que privava o pessoal do recebimento de cuidados clínicos nas localidades onde residiam, obrigando-os a deslocarem-se ao Porto<sup>1201</sup>.

Em 1968, após a reforma da previdência, o jornal *O Militante* publicava um artigo onde assumia a existência de modificações legislativas, pequenas, fruto da “luta da classe operária portuguesa conduzida pelo seu partido, o Partido Comunista Português”<sup>1202</sup>. Contudo, os factores externos também não poderiam deixar de ser tidos em conta, segundo o artigo, nomeadamente a crítica da *Organização Internacional do Trabalho* às leis laborais portuguesas. Nesse sentido, os ajustes efectuados pelo regime ao nível da previdência “são fruto da luta dos trabalhadores portugueses e reflectem, directa e indirectamente, a acção do movimento operário internacional”<sup>1203</sup>.

---

<sup>1199</sup> Cf. Os Roubos da Previdência: Enriquecem à Custa da Saúde e da Vida dos Operários. In *Avante*. VI Série°, nº. 328 (Abril de 1963), p. 3.

<sup>1200</sup> Cf. 40 Anos de Fascismo! 24 Anos de Previdência e Roubo aos Trabalhadores! In *Avante*. VI Série°, nº. 365 (Março-Abril de 1966), p. 1-2.

<sup>1201</sup> Cf. Manifestações no Porto: Os Trabalhadores da Carris contra dos Abusos da Previdência. In *Avante*. VI Série°, nº. 328, (Abril de 1963), p. 3.

<sup>1202</sup> Cf. A Legislação sobre o Trabalho e a Previdência possibilita amplas movimentações operárias. In *O Militante*. III Série°, nº. 156 (Julho de 1968), p. 1.

<sup>1203</sup> Ibidem, p. 1.

Como podemos observar, durante os anos de governação de Salazar, a oposição comunista foi extremamente crítica face aos cuidados de saúde prestados pelas instituições de previdência, acusando-as essencialmente de não acudir às verdadeiras necessidades dos trabalhadores, sendo várias as acusações de corrupção e de desvios de capitais para outros sectores.

## **PARTE II**

### **EVOLUÇÃO ESTRUTURAL E PROFISSIONAL. INDICADORES E CUIDADOS SANITÁRIOS**



# **CAPÍTULO 1**

## **UM SISTEMA HOSPITALOCÊNTRICO**



Foi durante o *I Congresso da União Nacional*, que se iniciou a discussão sobre a organização do sector hospitalar em Portugal. João Carlos Simões Alves, na sua tese intitulada “O Problema Hospitalar”, reconhecia a insuficiente capacidade de hospitalização do país, em especial nas grandes cidades. Para resolver tal situação, de um ponto de vista provisório, o médico sugeria a criação de hospitais de convalescentes e de hospitais de incuráveis. Outra solução provisória seria o aproveitamento de todos os hospitais militares para a hospitalização dos civis. A criação, em vários pontos do país desprovidos de centros de alta cirurgia, de equipas cirúrgicas, que evitassem a drenagem de doentes para as grandes cidades, seria outra das soluções apontadas. Contudo, na organização hospitalar definitiva, João Carlos Simões Alves apontava a necessidade da criação de hospitais na Guarda, Santarém e Beja<sup>1204</sup>.

Por seu turno, Manuel Simões Barreiros<sup>1205</sup>, na sua dissertação intitulada “Assistência: Centralização ou Descentralização?”, admitia que o problema da assistência, em Portugal, ainda estava por resolver. O autor defendia a descentralização dos serviços, que tornaria mais acessível, mais célere e mais económica a assistência nos casos urgentes. Para tal, deveriam, na sua opinião, ser montados hospitais em todos os concelhos, financiados pelas verbas cedidas pela *Direcção-Geral de Assistência* e pelas câmaras municipais aos hospitais centrais. O médico propunha, ainda, acabar com as juntas gerais de distrito, deslocando as importâncias pagas a essas instituições a favor das misericórdias<sup>1206</sup>.

---

<sup>1204</sup> Cf. ALVES, J. Carlos Simões - O Problema Hospitalar. In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 307.

<sup>1205</sup> **Manuel Simões Barreiros (1893-?)**: médico. Nasceu em Figueiró dos Vinhos e obteve licenciatura em medicina pela *Universidade de Coimbra*, em 1920. Foi médico municipal de Figueiró dos Vinhos. Entre 1932 e 1942 foi presidente da comissão administrativa da *Câmara Municipal de Figueiró dos Vinhos*, em cuja qualidade integrou a *Câmara Corporativa*, como representante dos municípios rurais de Entre Tejo e Douro. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 123.

<sup>1206</sup> Cf. BARREIROS, Manuel Simões - Assistência: centralização ou descentralização? In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 389.

Em relação ao panorama hospitalar vigente, observemos a carta redigida pelo enfermeiro-mor da *Direcção-Geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa*, dirigida ao ministro do Interior, Albino dos Reis, datada de 9 de Janeiro de 1933. Nela, o enfermeiro fala de um grave problema hospitalar, que se resumia a uma escassez de camas naqueles hospitais. Contudo, na sua opinião, a solução para o problema não poderia ser meramente o aumento do número de camas, pois “o critério simplista de aumentar o número de camas para satisfazer as necessidades de admissão sem nos preocuparmos com o destino a dar aos incuráveis, aos tuberculosos conduziria em breve a ficarem os hospitais transformados num asilo caro e não é essa a sua função”<sup>1207</sup>. O enfermeiro era, pois, contra a transformação dos hospitais em asilos, e defendia que a resolução do problema hospitalar apenas seria possível com o envio dos “doidos crónicos e leprosos para colónias rurais onde a sua manutenção custaria menos de metade, trabalhando na agricultura”<sup>1208</sup>, e o envio “dos doentes de tuberculose cirúrgica (que permanecem 6 e mais anos nos hospitais) para sanatórios marítimos”<sup>1209</sup>.

Por sua vez, os incuráveis e os velhos sem família conhecida “deveriam ser imediatamente transferidos para um depósito da *Direcção-Geral de Assistência* donde fossem enviados para asilos”<sup>1210</sup>. Contudo, a única atenuante deste problema era o legado de Rovisco Pais<sup>1211</sup> que, como benemérito, fizera dos *Hospitais Cívicos de Lisboa* os herdeiros da sua grande fortuna. Com tal verba, o enfermeiro considerava obrigatória a construção de um hospital sanatório com 600 camas, em local a escolher, ao qual se deveria dar o nome de Rovisco Pais. Da mesma forma, sugeria a nomeação de uma comissão para o solucionamento deste problema hospitalar.

---

<sup>1207</sup> Cf. ANTT – Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN – 1A, pt. 6.

<sup>1208</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN – 1A, pt. 6.

<sup>1209</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN – 1A, pt. 6.

<sup>1210</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/IN – 1A, pt. 6.

<sup>1211</sup> **José Rovisco Pais (1860-1932)**: benemérito português, foi lavrador, comerciante e industrial. Quando o seu pai faleceu, herdou diversos prédios rústicos. Com o rendimento da agricultura e com o seu esforço pessoal conseguiu adquirir a *Fábrica da Cerveja da Trindade*, tendo sido director da *Companhia de Cervejas da Trindade*. Além de muitos actos de benemerência de carácter estritamente particular e de ter legado a quase totalidade dos seus bens aos *Hospitais Cívicos de Lisboa*, entregou de forma anónima 1500 contos ao professor Monjardino para a conclusão da *Maternidade Alfredo da Costa*, e cem contos à *Santa Casa da Misericórdia de Setúbal*, quando esta atravessava uma difícil situação financeira. Cinco anos após a sua morte, por decisão testamentária, fez entrar nos cofres do Estado 26000 contos para custear a construção do *Hospital-Colónia Rovisco Pais*. Cf. ROVISCO PAIS, José. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa, Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XXVI, p. 310.



Contudo, à data da redacção desta missiva já se encontrava nomeada uma comissão para solucionar o problema hospitalar, composta por Henrique Bastos<sup>1212</sup>, Fernando de Matos Chaves<sup>1213</sup> e Reynaldo dos Santos<sup>1214</sup>. Esta comissão, constituída por médicos de renome, concluiu, da mesma forma, que o problema de base dos hospitais era a escassez de camas, devido ao aumento notável da população de Lisboa e aos progressos da medicina. Em relação aos doentes incuráveis, a comissão parecia reiterar a opinião do enfermeiro-mor: “os incuráveis (paralíticos, fracturados com impotência funcional definitiva, os cardíacos definitivamente descompensados, os portadores de úlceras intermináveis), que constituem um peso morto nos hospitais onde ocupam cerca de 200 camas e onde pela sua longa permanência desorganizam os serviços e são muitas vezes elementos de indisciplina, deveriam ser transferidos para um hospício a instalar em qualquer quinta dos arredores onde a sua relativa capacidade funcional pudesse ser aproveitada em trabalhos de horticultura, floricultura e pomicultura, donde alguma receita podia advir e onde a assistência e medicação seriam mais baratas”<sup>1215</sup>. Quanto aos alienados, a comissão pensava que deveriam integrar

---

<sup>1212</sup> **Henrique Bastos (1873-1937)**: médico urologista formado na *Escola Médica de Lisboa*, em 1898. Em 1900 ingressou, como cirurgião, nos *Hospitais Cívicos de Lisboa*, desempenhando, mais tarde, o cargo de enfermeiro-mor e, por fim, o de director dos serviços médicos de urologia da capital. Participou em diversos congressos internacionais da sua especialidade e foi o secretário-geral do Congresso de Medicina realizado em Lisboa, em 1932. Foi presidente da *Associação Portuguesa de Urologia* e pertenceu às Sociedades de Ciências Médicas de Lisboa, Madrid e Paris, à *Academia Espanhola de Ciências e Artes* e a várias associações internacionais de Urologia e Cirurgia. Foi agraciado com as comendas de Sant'Iago da Espada e de Isabel, a católica, e de Carlos III, de Espanha. Cf. BASTOS, Henrique. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. IV, p. 350.

<sup>1213</sup> **Fernando Rodrigues de Matos Chaves**: médico, nascido em Lisboa, em 1880, filho do também médico Joaquim Matos Chaves. Formou-se em medicina na *Escola Médico-cirúrgica de Lisboa* em 1902. Foi decano dos médicos dos *Hospitais Cívicos*, em 1947, tendo sido director de serviços daqueles hospitais. Fez parte do Conselho Técnico dos Hospitais Cívicos e exerceu interinamente as funções de enfermeiro-mor. Foi médico da real câmara e fez parte, durante nove anos, da comissão executiva da A.N.T. Em 1917 partiu para França, incorporado no *Corpo Expedicionário Português*, no posto de capitão-médico. Em 1906 secretariou o Congresso Internacional de Medicina, havendo por tal sido condecorado pelo rei D. Carlos com o oficialato da Ordem de Sant'Iago. Foi condecorado com a medalha da Vitória, Serviços Distintos da Cruz Vermelha, medalha de ouro e de Serviços Distintos dos *Hospitais Cívicos*. Presidiu durante 18 anos à Junta da *Assistência aos Funcionários Cívicos Tuberculosos*. Cf. MATOS CHAVES, Fernando Rodrigues de. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XVI, p. 602-603.

<sup>1214</sup> **Reynaldo dos Santos (1880-1970)**: médico e historiador. Nasceu em Vila Franca de Xira, filho de um conceituado médico local. Em 1903, licenciou-se em medicina pela *Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*, tendo tido a oportunidade de, nos anos seguintes, ter realizado estágios em França e nos Estados Unidos da América. Foi professor da Faculdade de Medicina, embora algumas querelas com os seus pares o tenham levado a um afastamento involuntário. Em 1930, ocupava a cátedra de Urologia e, em 1932, era eleito presidente da *Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Em 1942 passava a dirigir a *Faculdade de Medicina de Lisboa*, de onde havia sido afastado anos antes. Em 1915, em colaboração com José Figueiredo, descobriu, em Pastrana, as tapeçarias com motivos da tomada de Arzila, sendo considerado um importante historiador da arte. Cf. REYNALDO DOS SANTOS. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XVII, p. 302-303.

<sup>1215</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN* – 1A, pt. 6.

colónias agrícolas ou industriais, onde deveria ser aproveitada a sua capacidade de trabalho. Contudo, em relação aos leprosos observava-se um portentoso estigma, como veremos adiante.

Devia, ainda, ser aumentada, na opinião desta comissão, a dotação da *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, a fim de, pelo alargamento dos seus sanatórios marítimos (Outão, Carcavelos e Guelfa), poderem receber os cem doentes que se encontravam no *Hospital Curry Cabral*. A Comissão aconselhava, ainda, a que se instalassem os incuráveis sob a égide da *Direcção-Geral da Assistência*, “que mais precisam de si do que os mendigos de que se ocupam”<sup>1216</sup>.

Ainda sobre a questão da escassez de camas nos *Hospitais Cívicos*, Alberto Madureira<sup>1217</sup> escrevia uma carta a Oliveira Salazar, datada de 8 de Agosto de 1933. Esse médico já havia apresentado, a pedido de Sidónio Pais, um projecto de reorganização hospitalar, que entretanto havia desaparecido. Nesta missiva a Salazar, queixava-se das verbas destinada à assistência pública, que considerava insuficientes em mercê de ordenados que não se justificavam e de gastos condenáveis.

Para solucionar o problema de falta de camas, o médico sugeria que estas não fossem invadidas por doentes de fora, por doentes que não tivessem direito de acesso e por doentes tuberculosos, incuráveis e inválidos. Para tal, os grandes rendimentos da *Misericórdia de Lisboa* deveriam ser aproveitados com cautela e com inteligência, de modo a prestarem mais serviços à assistência pública e hospitalar. Por seu turno, “os serviços de assistência aos tuberculosos são uma vergonha. Até os esforços de iniciativa particular, isolados, dispersos e mal orientados perdem-se em grande parte”<sup>1218</sup>. Tendo em conta tais idiosincrasias, a resolução do problema hospitalar, na sua opinião “só será possível debaixo da alçada de um Alto Comissário ou de um Subsecretário de

---

<sup>1216</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN – 1A, pt. 6.

<sup>1217</sup> **Alberto Madureira (1889-?)**: médico. Nasceu em Lisboa, em 1889. Foi assistente de clínica cirúrgica da *Faculdade de Medicina de Lisboa*, autor de vários trabalhos científicos. A ele se deve a introdução da cirurgia glandular e reparadora em Portugal. Durante a Guerra Civil Espanhola, lançou a ideia da partida de um contingente português mas, não podendo realizar o que pensara, instalou, com o generalíssimo Franco, um hospital de sangue, em Ávila, um dos sectores da frente de Madrid, sendo-lhe dado o posto de tenente-coronel do exército espanhol. Em recompensa dos seus serviços foi agraciado com a comenda da Coroa de Itália e com a Grande Águia Branca com Espadas de Ouro, em diploma assinado por Hitler. Regressado a Portugal, fundou e dirigiu a *Liga Anti-Comunista dos Combatentes Portugueses em Espanha*, seguindo depois para a Alemanha, em 1941, a fim de realizar uma série de conferências sobre cirurgia. Cf. MADUREIRA, Alberto. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XV p. 864.

<sup>1218</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN – 1 A/ pt. 8.

Estado que tenha um pulso livre, a competência indispensável, a inteligência precisa e o fundamental bom senso para poder desenvolver um larguíssimo plano de reconstrução geral”<sup>1219</sup>.

Da década de 1940, encontramos um documento, entre a correspondência oficial do *Ministério do Interior*, que define um esquema para melhorar o problema hospitalar do país. Esse documento anónimo soluciona o problema através da disponibilização de mais 4400 camas e pela remodelação dos estabelecimentos existentes, de modo a que, a nível regional, fossem disponibilizadas mais 3400 camas e nas grandes cidades fossem substituídas as camas necessárias. Este plano deveria ser realizado num prazo de 10 anos.

Para além deste plano hospitalar, o autor pensava que seria de ponderar o grande movimento que se desenhava, no sentido da construção de numerosos postos e hospitais concelhios (sub-regionais) e do melhoramento dos restantes que carecessem. Outro dos problemas apontados relacionava-se com o facto de que nos hospitais sub-regionais, com exíguo número de camas, muitas delas se encontravam vagas por falta de recursos das misericórdias às quais pertenciam. Pensava-se, ainda, que dado o grande incremento da previdência nas classes sindicalizadas, observar-se-ia a diminuição das necessidades de assistência, sendo para tal “necessária uma perfeita coordenação entre os organismos que superintendem a previdência e aqueles que dirigem a assistência pública” <sup>1220</sup>. O autor defendia, ainda, que os serviços de consultas para indivíduos sob regime de previdência deviam ser passados para os hospitais para que estes beneficiassem da contribuição financeira das caixas de previdência.

Em 1943, no Parecer 9/III da *Câmara Corporativa ao Estatuto da Assistência Social*, encontramos uma boa descrição do panorama hospitalar português. Na opinião deste órgão consultivo, cada hospital nunca deveria possuir menos de cinquenta camas. Contudo, das mais de três centenas do total de hospitais, apenas cinquenta e três hospitais de província possuíam esta cifra de camas, raros possuíam enfermarias de isolamento ou estufas de desinfeção, sendo as roupas lavadas nos rios ou lavadores comuns. Apenas um terço dos hospitais portugueses possuíam aparelhos de RX. A grande maioria dos hospitais das misericórdias não passavam de modestas enfermarias

---

<sup>1219</sup>Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN – 1 A/ pt. 8.

<sup>1220</sup>IDEM – *Ibidem*, CO/IN – 9 B/ pt. 6.

carecidas de muitos equipamentos. Por tal, a afluência dos doentes aos hospitais das grandes cidades era bastante considerável<sup>1221</sup>.

Poucos dias após Júlio Botelho Moniz assumir o *Ministério do Interior*, em 1944, deu posse a uma comissão de técnicos encarregados de proceder ao estudo do problema hospitalar em Portugal. O ministro necessitava de saber a realidade dos hospitais, que adivinhava péssima, de modo a assegurar, de forma urgente, a toda a população, os socorros necessários. Segundo ele, pela melhoria dos recursos locais, a afluência aos grandes centros era evitável<sup>1222</sup>. Estavam abertas as portas para a redacção da *Lei de Bases da Organização Hospitalar*.

## 1.1. Uma Organização Hospitalar Regionalizada

É exactamente no período pós-II Guerra Mundial, quando a saúde ganha cada vez maior relevância a nível social, tornando-se um factor de progresso, que se observa uma reorganização do sector hospitalar. Torna-se clara a importância da estrutura hospitalar na prestação de cuidados de saúde. O hospital passa a ser considerado a peça central de todo o sistema.

Após um favorável parecer da *Câmara Corporativa*<sup>1223</sup> e a uma extensa discussão na *Assembleia Nacional*, a Lei nº. 2011, publicada em 1946, lançava as bases para uma assistência hospitalar regionalizada. Para tal, o país era dividido em zonas, regiões e sub-regiões. Em cada zona deveria existir pelo menos um hospital central, em cada região, um hospital regional, e em cada sub-região um hospital sub-regional. A assistência hospitalar de cada zona deveria ser assegurada por hospitais centrais, regionais e sub-regionais, postos de consulta e socorros, centros de convalescença e readaptação, hospícios e brigadas móveis de assistência, socorro e colocação de doentes. Para além destes hospitais, cada zona deveria possuir um ou mais hospitais

---

<sup>1221</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 94.

<sup>1222</sup> Cf. POSSOLO, Guilherme - À Margem. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.37/40, Março/Junho, 1946, p.121.

<sup>1223</sup> Cf. PARECER 2/IV: ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR. *Suplemento do Diário das Sessões*. 17 (1946-01-18), p. 254-260.

especializados para tratamento de doenças infecto-contagiosas, doenças das crianças e outras doenças especiais<sup>1224</sup>.

Zonas	Regiões	Sub-Regiões
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norte (Porto)</li> <li>• Centro (Coimbra)</li> <li>• Sul (Lisboa)</li> </ul> <p>• <b>1 Hospital Central</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitais de distrito</li> </ul> <p>• <b>1 Hospital Regional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um ou mais concelhos</li> </ul> <p>• <b>1 Hospital Sub-Regional</b></p>

**Tab. 20:** A divisão do país em termos hospitalares, segundo a Lei n.º 2011 (1946).

Os hospitais centrais de Lisboa, Porto e Coimbra asseguravam a assistência hospitalar da respectiva região e atendiam aos casos clínicos da zona que os hospitais regionais não pudessem tratar. Exerciam, ainda, funções pedagógicas, inerentes aos respectivos centros universitários. Os hospitais regionais e sub-regionais possuíam diferente nível de complexidade, sendo os mais básicos os hospitais sub-regionais, desprovidos de serviços de urgência, consultas de especialidades, pediatria, farmácia, e técnicas de diagnóstico e terapêutica. Quando um doente não pudesse ver o seu problema de saúde resolvido num hospital sub-regional, poderia deslocar-se até uma unidade regional ou central<sup>1225</sup>. O Decreto n.º 36600 dividiu o país em termos hospitalares, em zonas, regiões e sub-regiões, especificando os concelhos pertencentes a cada região<sup>1226</sup>.

<sup>1224</sup> Cf. LEI n.º 2011. *Diário do Governo. I Série*. 70 (1946-04-02), p. 201-202.

<sup>1225</sup> *Ibidem*, p. 202.

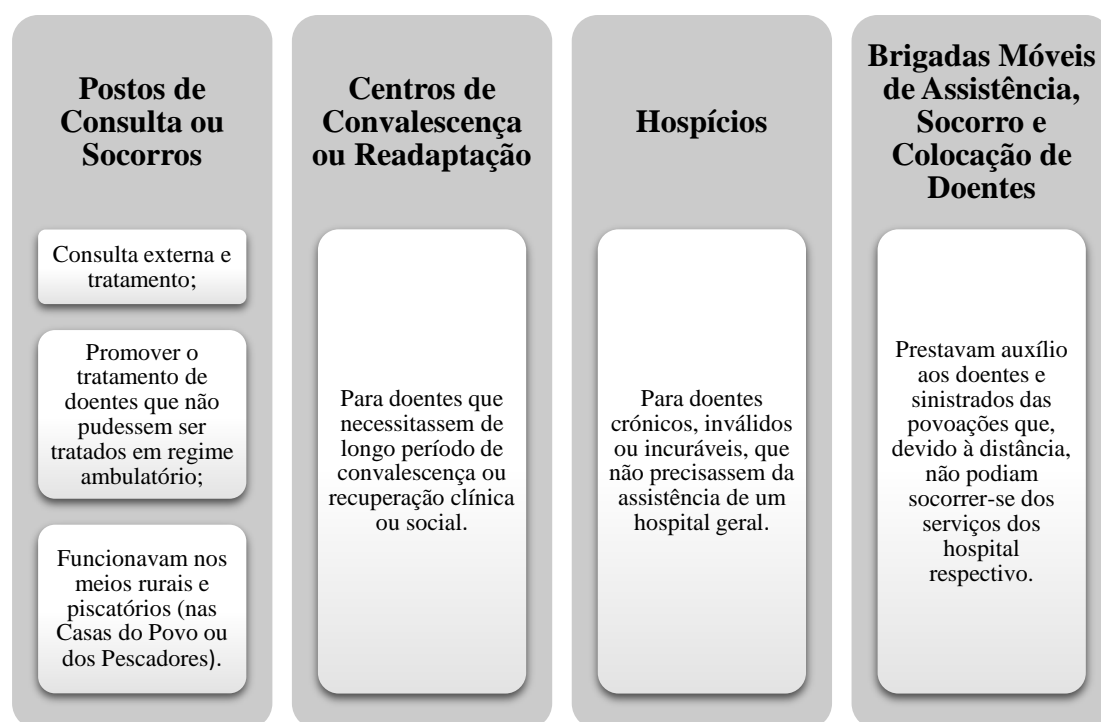
<sup>1226</sup> Cf. DECRETO n.º 36600. *Diário do Governo. I Série*. 272 (1947-11-22), p. 1152-1153.

Hospitais Regionais	Hospitais Sub-Regionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência médica e cirurgica, socorros de urgência e clínica de especialidades da região.</li> <li>• <b>SERVIÇOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admissão;</li> <li>• Medicina e Cirurgia Gerais;</li> <li>• Pediatria e obstetrícia;</li> <li>• Outras especialidades;</li> <li>• Doenças infecto-contagiosas;</li> <li>• Consultas Externas;</li> <li>• Urgência Permanente;</li> <li>• Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmácia;</li> <li>• Serviço Social;</li> <li>• Assistência Religiosa;</li> </ul> </li> <li>• Serviços Administrativos e Industriais</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência médica e cirurgica na sub-região.</li> <li>• <b>SERVIÇOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admissão;</li> <li>• Medicina e Cirurgia Gerais;</li> <li>• Obstetrícia;</li> <li>• Doenças Infecto-Contagiosas;</li> <li>• Serviço Social;</li> <li>• Assistência Religiosa</li> </ul> </li> </ul>

**Tab. 21:** Atribuições e serviços mínimos dos hospitais regionais e sub-regionais, segundo a Lei nº. 2011 (1946).

Quanto ao número de camas, os hospitais centrais deveriam ser providos, relativamente às necessidades de assistência da respectiva zona, através de uma fórmula matemática, onde entravam variáveis como a lotação do edifício, a população do concelho de sede da zona e dos restantes concelhos. O mesmo se sucedia no que era relativo aos hospitais regionais. Os hospitais sub-regionais deveriam ser providos por um número de camas correspondente a duas por mil habitantes. A distribuição de camas pelos serviços cabia à direcção dos hospitais, com recurso para a *Direcção-Geral de Assistência*<sup>1227</sup>.

<sup>1227</sup> Cf. LEI nº. 2011, p. 202.



**Tab. 22:** Equipamentos complementares aos hospitais, em cada zona, segundo a Lei nº. 2011 (1946).

Quanto ao financiamento, os encargos da assistência hospitalar competiam ao Estado, nos seus estabelecimentos. Nos restantes estabelecimentos, tais encargos eram custeados em regime de cooperação. Incumbia às autarquias locais e ao governo tomar as providências necessárias para que os hospitais funcionassem eficientemente. Da mesma forma, o regime pensava necessária a construção, adaptação ou ampliação das instalações dos estabelecimentos<sup>1228</sup>.

Conforme ditava a legislação, este tratava-se de um plano de assistência hospitalar, cuja primeira fase dever-se-ia realizar num prazo máximo de dez anos, sendo inscrita anualmente no orçamento da despesa extraordinária do *Ministério das Obras Públicas e Comunicações*, com uma dotação de 50.000 contos. Por seu turno, as obras de construção, ampliação ou adaptação e o equipamento dos hospitais sub-regionais, e de outros pertencentes às misericórdias, poderiam beneficiar de uma comparticipação do Estado, através do Fundo de Desemprego, até 75% do seu custo total. Da mesma forma, o Estado poderia tomar a iniciativa de construção, adaptação ou ampliação dos hospitais das misericórdias, caso as necessidades de assistência hospitalar o exigissem.

<sup>1228</sup> Cf. LEI nº. 2011, p. 203.

Neste âmbito, seria criada, através da Lei nº. 2011, a Comissão de Construções Hospitalares<sup>1229</sup>. Posteriormente, o Decreto nº. 35621 definiria com mais pormenor as atribuições desta Comissão<sup>1230</sup>.

Comissão de Construções Hospitalares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar os programas de construção, adaptação ou ampliação e equipamento dos hospitais centrais e regionais; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolher os terrenos e prédios necessários, adquiri-los e promover expropriações; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a elaboração dos projectos;</li> <li>• Dirigir e fiscalizar os trabalhos;</li> <li>• Assegurar o pagamento das despesas;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Informar os pedidos de comparticipação, fiscalizar as obras de construção, ampliação ou adaptação e equipamento dos hospitais das sub-regionais, prestando-lhes assistência técnica gratuita, se assim o desejassem as entidades interessadas; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar o plano anual dos trabalhos a realizar.</li> </ul> </li> </ul>

**Tab. 23:** Atribuições da Comissão de Construções Hospitalares, segundo a Lei nº. 2011 (1946).

Como aqui se nota, o Estado começava a consciencializar-se de que a prestação de cuidados de saúde às populações, cada vez mais necessária, começava a deixar de caber na esfera da caridade particular, começando a assumir algumas, embora insuficientes, responsabilidades nesta área. Esta política parece provar, segundo Gonçalves Ferreira, que o governo não queria tomar a responsabilidade destes equipamentos de saúde, pensados de uma forma central ao nível do sistema<sup>1231</sup>.

Contudo, num artigo propagandístico, que anunciava a injeção de 50.000 contos nos hospitais de Lisboa, em 1947, o governo, sem dogmatismos, afirmava que a assistência, ideia cristã, tinha começado a praticar-se com o auxílio substancial e maciço do Estado, “única solução capaz, que pode verificar-se na génese das campanhas de socorro social e nas obras dos grandes hospitais escolares de Lisboa e Porto”<sup>1232</sup>. Em outro artigo patente no *Boletim da Assistência Social*, o regime considerava que, para levar a cabo a campanha de renovação e progresso, o Estado tinha de “dar o exemplo”, despendendo largas somas, após a manutenção de um equilíbrio financeiro, “até de

<sup>1229</sup> Cf. LEI nº. 2011, p. 203.

<sup>1230</sup> Cf. DECRETO nº. 35621. *Diário do Governo. I Série.* 93 (1946-04-30), p. 311-312.

<sup>1231</sup> Cf. FERREIRA, F. A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal.*, p. 341.

<sup>1232</sup> Cf. 50.000 contos para os hospitais de Lisboa. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.50/52, Abril/Junho, 1947, p.123.



desafogo”<sup>1233</sup>. A construção de hospitais era necessária, pois era lamentável o baixo número de leitos existentes em todo o país e verificadas as más condições da maioria dos estabelecimentos hospitalares.

O atraso no programa de renovação das instalações hospitalares era atribuído pelo governo “à guerra que avassalou o mundo e a cujos efeitos não pudemos eximir-nos”, conforme ditaria Trigo de Negreiros<sup>1234</sup>. No seu discurso no *II Curso Internacional de Medicina e Cirurgia de Urgência*, revelava viver num período de intensa renovação de métodos, sistemas e instalações, num ambiente de colaboração e calma, a que Salazar classificaria de “revolução da paz”. Durante o mesmo ano, o governo admitia que o problema hospitalar fora abandonado à iniciativa particular até 1941, mas, nos anos seguintes, a evolução fora de tal ordem que, embora não parecesse, a percentagem de camas existentes em Portugal, em relação ao número de habitantes, era superior à registada em França, e igual à inglesa<sup>1235</sup>.

Para apetrechar os hospitais e demais serviços de saúde, o governo adquiria, no estrangeiro, material destinado a casos de emergência, como viaturas de transporte de pessoal e material, automacas e carros-tanque, um hospital de emergência e um armazém para material e epidemias<sup>1236</sup>. Ainda em 1948, seria inaugurado um novo e imponente bloco hospitalar no *Instituto Português de Oncologia*<sup>1237</sup>. Nos *Hospitais Cívicos de Lisboa* era construído um novo edifício, destinado ao serviço de transfusões de sangue<sup>1238</sup>. Também no decorrer desse ano, iniciava-se a publicação da revista *Hospitais Portugueses*, revista de organização e administração hospitalar. O seu director,

---

<sup>1233</sup> Cf. Hospitais: como se pôs em marcha, com método e segurança, um plano geral de renovação em todo o país. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.71/73, Janeiro/Março, 1949, p.134.

<sup>1234</sup> Cf. O II Curso Internacional de Medicina e Cirurgia de Urgência: “Vivemos num período intenso de renovação de métodos, sistemas e instalações hospitalares”. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.56/58, Outubro/Dezembro, 1947, p.101.

<sup>1235</sup> Cf. A Assistência Hospitalar. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.59/61, Janeiro/Março, 1948, p.101.

<sup>1236</sup> Cf. A exposição do material sanitário adquirido no estrangeiro pela Direcção Geral de Saúde foi inaugurada pelos senhores ministro do Interior e subsecretário de Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.62/64, Abril/Junho, 1948, p.100.

<sup>1237</sup> Cf. Foi inaugurado o novo e imponente bloco hospitalar do I.P.O. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.62/64, Abril/Junho, 1948, p.101.

<sup>1238</sup> Cf. O novo edifício destinado ao serviço de transfusões de sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa foi inaugurado por membros do governo. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.62/64, Abril/Junho, 1948, p.104.

proprietário e editor era Coriolano Ferreira. Aquela publicação pretendia ser o órgão de todos os hospitais de Portugal, auxílio nas suas “pequenas e grandes dificuldades”, procurando servi-los “honesta e dedicadamente”<sup>1239</sup>.

Para pôr em marcha o projecto de construções hospitalares, o governo previa a concessão de uma verba de 500 mil contos, num período de dez anos, para a construção de hospitais regionais, sub-regionais e centrais inteiramente novos, e para beneficiação dos edifícios mais antigos. O plano dever-se-ia iniciar pela rede de hospitais sub-regionais, passando, posteriormente, para os hospitais regionais e, em último, para os hospitais centrais e escolares<sup>1240</sup>. Coriolano Ferreira, no número inaugural da sua revista, considerava viver-se, em Portugal, “a hora alta da assistência e, em especial, da assistência hospitalar”<sup>1241</sup>.

Em 1950, a máquina de propaganda do regime publicitava a inauguração de um bloco operatório, tido como “modelar” no *Hospital de Santo António dos Capuchos*, considerado “o melhor dos Hospitais Cívicos de Lisboa”<sup>1242</sup>. Na verdade, os *Hospitais Cívicos de Lisboa* eram ocupados, em grande parte, por doentes com carências económicas, muitos deles indigentes. As instalações hospitalares não satisfaziam os doentes de outras classes sociais – enfermarias sobredimensionadas, deficientemente mobiladas, má alimentação. Para os doentes mais abastados reservavam-se os quartos particulares<sup>1243</sup>. Contudo, no Relatório de 1951, era inegável a cada vez maior procura por estes hospitais, quer ao nível dos tratamentos cirúrgicos, quer ao nível das consultas externas<sup>1244</sup>.

O jornal *Avante* noticiava, em 1953, a falta de camas para tratamentos, a falta de medicamentos, a redução do número de médicos, materiais fora do prazo de validade... O mesmo periódico revelava a inutilização de camas, no *Hospital dos Capuchos*, por falta de colchões, e a falta de alimentação dos doentes no *Hospital Júlio de Matos*. O

---

<sup>1239</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Princípios e Fins desta Revista. In FERREIRA, Coriolano [dir.] - *Hospitais Portugueses*. Coimbra: Tip. Atlântida, nº.1, Julho/Setembro, 1948, p. 7.

<sup>1240</sup> Cf. Hospitais: como se pôs em marcha, com método e segurança, um plano geral de renovação em todo o país, p. 135.

<sup>1241</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Princípios e Fins desta Revista, p. 7.

<sup>1242</sup> Cf. No Hospital de Santo António dos Capuchos: Um bloco operatório modelar. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.83/85, Janeiro/Março, 1950, p.132.

<sup>1243</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 107.

<sup>1244</sup> Cf. Hospitais Cívicos de Lisboa. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111/112, Janeiro/Junho, 1953, p.87.

P.C.P. apelava aos profissionais, médicos e enfermeiros, para pedirem ao subsecretário da Assistência Social mais verbas para os hospitais<sup>1245</sup>.

O *Boletim da Assistência Social*, em 1950, continuava a sua propaganda, divulgando a breve implementação de mais 62 hospitais novos ou remodelados<sup>1246</sup>, 61 deles sub-regionais. Contudo, o atraso na concretização do projecto era evidente devido às escassas verbas atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares, que não permitia a construção de um único hospital regional, considerado a base da organização hospitalar. Segundo a Lei nº. 2011, deveria ser inscrita na dotação do orçamento do *Ministério das Obras Públicas* uma verba de 50.000 contos anuais durante uma década, de forma a agilizar o programa de construções hospitalares. Contudo, passados seis anos, o ministério apenas receberia 22,5% da verba orçamentada. Por tal se explica que o regime se dedicasse totalmente à construção de hospitais sub-regionais, mal aproveitados devido à escassez e falta de preparação dos recursos humanos<sup>1247</sup>.

Contudo, os números relativos à construção e remodelação de hospitais até ao início dos anos cinquenta não são coincidentes. No artigo, apresentado ao *III Congresso da União Nacional*, da autoria de António Pires de Lima, director-geral da Administração Política e Civil, os números apresentados possuem diferente organização, dificultando a comparação com os registados no *Boletim da Assistência Social*, não anulando, contudo, alguma disparidade entre eles. Os números apresentados por António Pires de Lima, relativamente ao número de novos hospitais<sup>1248</sup>, em 1951, era de 12 novos estabelecimentos, enquanto o total apresentado pelos *Anuários Estatísticos Nacionais* relativos àquele ano, informam-nos de um acréscimo de 7 novos hospitais<sup>1249</sup>.

---

<sup>1245</sup> Cf. Em Defesa da Saúde e Vida do Povo! In *Avante*. VI série, nº. 179 (Agosto de 1953), p. 3.

<sup>1246</sup> Cf. Portugal terá em breve mais 62 hospitais remodelados ou novos. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.83/85, Janeiro/Março, 1950, p.152.

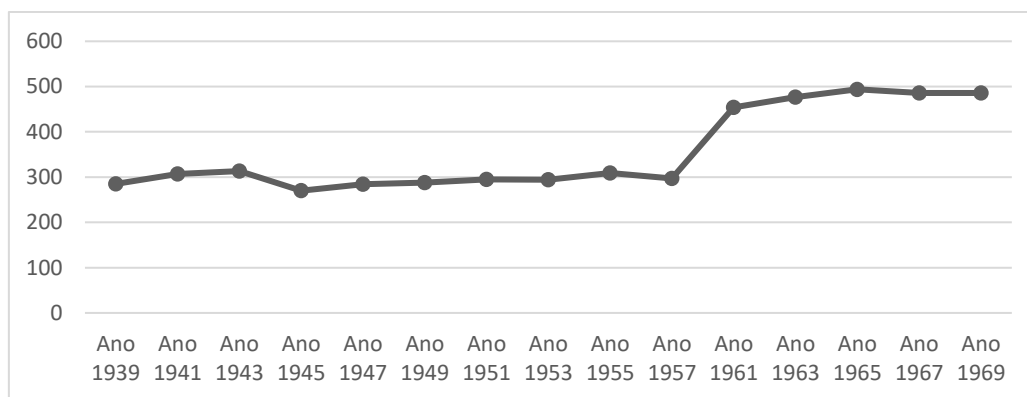
<sup>1247</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 86.

<sup>1248</sup> Cf. PIRES DE LIMA, António – Organização Hospitalar: Exame Crítico da Actividade Desenvolvida para Execução da Lei 2011. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 21.

<sup>1249</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1970].

OBRAS CONCLUÍDAS	OBRAS EM CURSO
Novos Hospitais – 12	Novos Hospitais – 25
Novos Postos de Consulta/Socorros -5	Novos Postos de Consulta/Socorros -3
Grandes Remodelações/Ampliações – 31	Grandes Remodelações/Ampliações – 24
Pequenas Remodelações - 36	Pequenas Remodelações - 12
<b>TOTAL: 84</b>	<b>TOTAL: 64</b>

**Tab. 24:** Obras concluídas e em curso, em 1951, segundo António Pires de Lima.

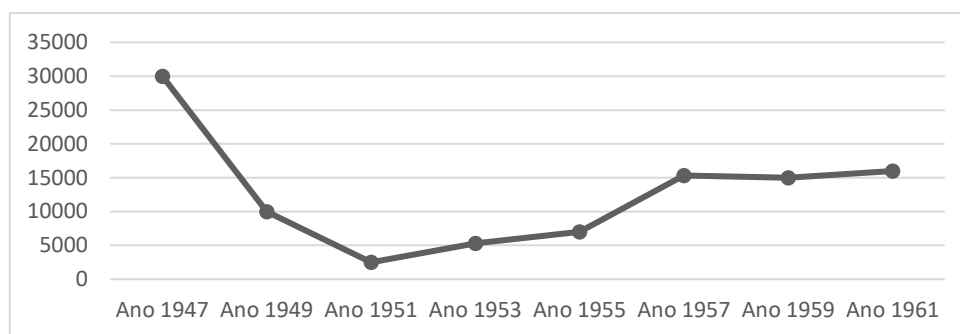


**Gráf. 73:** Evolução do total de hospitais (1939-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1940-1970)]<sup>1250</sup>.

Consensuais seriam os números relativos à despesa extraordinária do *Ministério das Obras Públicas* com o plano de construções hospitalares, muito aquém do que havia sido programado, sofrendo grande quebra logo na fase de arranque<sup>1251</sup>.

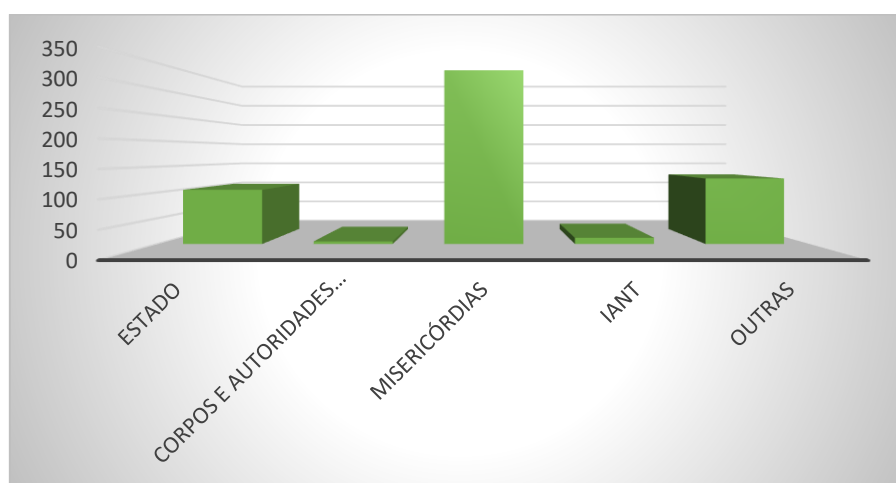
<sup>1250</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1251</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1947-1961]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1962].



**Gráf. 74:** Total da despesa extraordinária do M.O.P. com a construção de novos hospitais (1947-1961) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1947-1961)*]<sup>1252</sup>.

Na verdade, como os números demonstram, em 1951, a grande maioria dos hospitais e dos estabelecimentos de saúde com internamento continuava a pertencer às misericórdias e eram hospitais sub-regionais<sup>1253</sup>. Estes eram aqueles aos quais não havia faltado recursos para o programa de construção e reabilitação hospitalar, servindo-se de verbas locais, de subsídios da *Direcção-Geral de Assistência* e do Fundo de Desemprego. A ordem de execução destas obras cabia, a maior parte das vezes, às misericórdias e não à Comissão de Construções Hospitalares<sup>1254</sup>. Por seu turno, as obras concernentes aos hospitais centrais e regionais, dependentes da despesa extraordinária do *Ministério das Obras Públicas*, estavam paradas.



**Gráf. 75:** Dependência patrimonial dos estabelecimentos de saúde com internamento (1951) [Fonte: *Anuários Estatísticos Nacionais (1940-1970)*]<sup>1255</sup>.

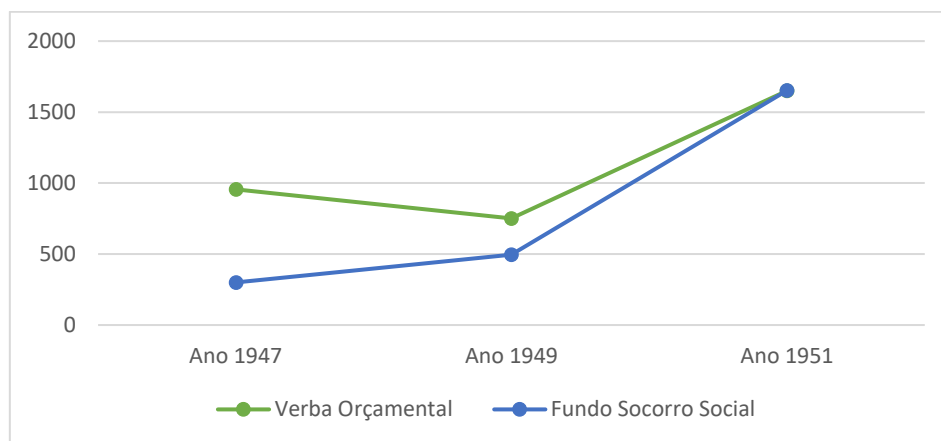
<sup>1252</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1253</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano 1951*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1952, p. 56.

<sup>1254</sup> Cf. PIRES DE LIMA, António, *op. cit.*, p.22.

<sup>1255</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

O Estado auxiliava, ainda, as misericórdias, através da *Direcção-Geral de Assistência*, concedendo-lhes subsídios para custearem as obras ou o equipamento dos hospitais novos ou remodelados, quando a despesa não era comparticipada pelo Comissariado do Desemprego. Os subsídios eram suportados pela verba orçamental da Direcção e através do Socorro Social<sup>1256</sup>.



**Gráf. 76:** Subsídios outorgados pela *Direcção-Geral de Assistência* às misericórdias para obras e remodelações dos seus hospitais (1947-1951) – em contos [Fonte: DINIZ DA FONSECA, Carlos – Da Organização Hospitalar do País, p. 55]<sup>1257</sup>.

A escassez de dotações do *Ministério de Obras Públicas e Comunicações* para a construção e a remodelação de hospitais dever-se-ia, segundo Pires de Lima, a circunstâncias financeiras adversas e às obras de construção dos hospitais escolares, não havendo sido possível acudir simultaneamente a ambas as construções<sup>1258</sup>. Por sua vez, Carlos Diniz da Fonseca explicava esta escassez de verbas com uma deficiente hierarquização do interesse público das diversas obras que se havia executado no país, que não valorizaram as construções hospitalares, não lhes dando preferência. O mesmo autor defendia que a despesa com os hospitais escolares não poderia explicar a pequenez de dotações da Comissão de Construções Hospitalares, dado que a importância para a sua construção nada tinha que ver com as verbas previstas na Lei nº. 2001 e no plano por ela gizado<sup>1259</sup>.

<sup>1256</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos – Da Organização Hospitalar do País, p. 55.

<sup>1257</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1258</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos – Da Organização Hospitalar do País, p. 22.

<sup>1259</sup> IDEM - Ibidem, p. 58.

No Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Saúde e Assistência*, encontramos um relatório com os custos do programa de construção, remodelação e reapetrechamento dos hospitais, entre 1939 e 1959. Através dele, podemos constatar que apenas 1% das verbas utilizadas seriam da proveniência da Comissão de Construções Hospitalares. A grande maioria das verbas seria veiculada pela Comissão Administrativa dos Novos Edifícios Universitários, responsável pela edificação dos hospitais escolares de Lisboa e Porto, e pela *Direcção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais*, responsável pelas obras de construção, conservação, equipamento e mobiliário. Em suma, nos vinte anos considerados teriam sido gastos cerca de um milhão e meio de contos no apetrechamento hospitalar geral e especial – sanatórios, maternidades, hospitais psiquiátricos<sup>1260</sup>



**Gráf. 77:** Canalização das verbas para o programa de construção, remodelação e reapetrechamento hospitalar (1939-1959) – em percentagem [Fonte: PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1422]<sup>1261</sup>.

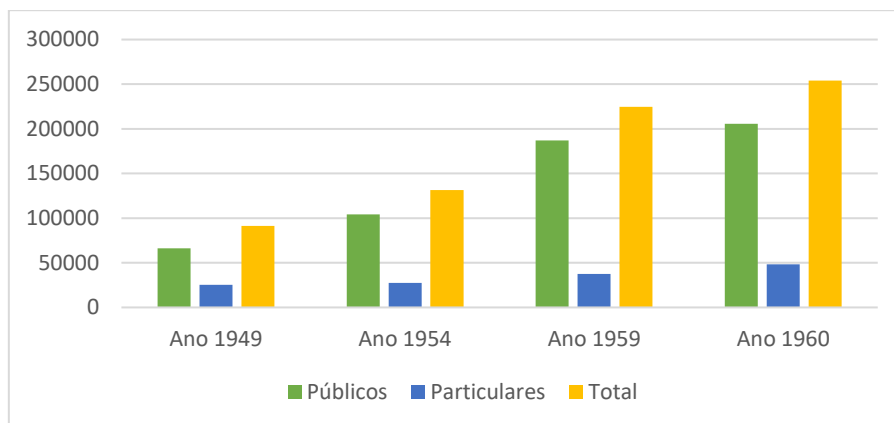
Para além destas dotações, segundo o Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Assistência Social*, notou-se um acréscimo da comparticipação financeira do Estado nas despesas de funcionamento dos hospitais, tanto oficiais quanto particulares, evidenciando-se um acréscimo, entre 1949 e 1960, superior a 100%<sup>1262</sup>. Observamos,

<sup>1260</sup> Cf. PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1422.

<sup>1261</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1262</sup> Ibidem, p. 1423.

contudo, que, nestes subsídios outorgados pela *Direcção-Geral de Assistência*, ao longo dos anos, vai diminuindo a preponderância daqueles que eram canalizados para o sector privado, no âmbito global da despesa, ao passo que os subsídios para as instituições públicas subiriam acentuadamente. No início da década de sessenta, a discrepância de financiamento era extremamente notória, beneficiando os hospitais estatais em mais de 80% do total de subsídios outorgados pela *Direcção-Geral de Assistência*, direccionados para estas instituições sanitárias<sup>1263</sup>.



**Gráf. 78:** Subsídios atribuídos pelo Estado, através da *Direcção-Geral de Assistência*, aos hospitais – em contos [Fonte: PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1423]<sup>1264</sup>.

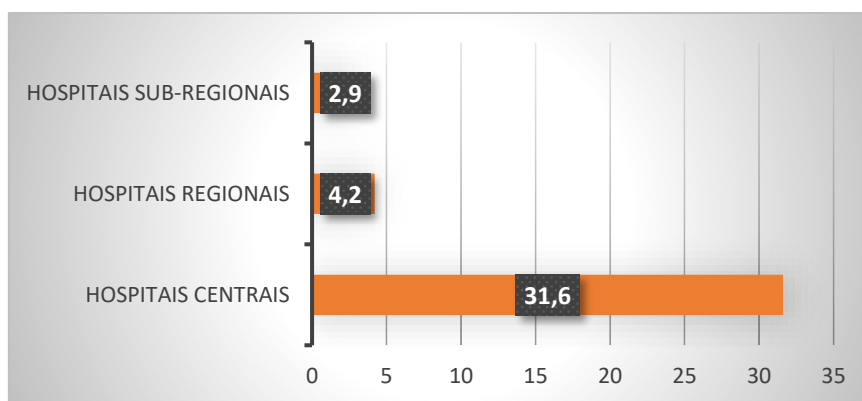
Contudo, nos hospitais centrais, regionais e sub-regionais, por cama seriam atribuídos diferentes valores, extremamente desproporcionais. Os hospitais sub-regionais recebiam cerca de 7 a 11 vezes menos subsídios do que os hospitais centrais. Esta era explicação suficiente para as dificuldades financeiras apresentadas pelas misericórdias, que não conseguiam fazer face aos seus compromissos de assistência hospitalar<sup>1265</sup>.

<sup>1263</sup> Cf. PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1423.

<sup>1264</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1265</sup> Cf. PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1424.





**Gráf. 79:** Subsídios concedidos pelo Estado aos hospitais, por cama (1960) – em contos [Fonte: PARECER n.º 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1424]<sup>1266</sup>.

Os novos hospitais das misericórdias possuíam muitas camas vazias, não por falta de doentes, mas por falta de recursos que permitissem o seu funcionamento. Como notara Carlos Diniz da Fonseca, agira-se, sem a prévia elaboração de um plano de conjunto que, a seu ver, era indispensável<sup>1267</sup>. Os hospitais sub-regionais não podiam, pois, satisfazer todas as necessidades da população. Nesse sentido, tornava-se urgente, na opinião de António Pires de Lima, a criação de condições financeiras que permitissem novas construções de hospitais regionais e remodelação de hospitais centrais<sup>1268</sup>.

Carlos Diniz da Fonseca chamava, ainda, a atenção para a escassez de recursos humanos, essenciais para colocar em andamento todo o processo de reorganização hospitalar do país. Era necessário que todos os hospitais regionais e alguns dos sub-regionais, para não falar dos centrais, dispusessem de um corpo privativo de clínicos, cirurgiões e especialistas competentes. Quanto ao pessoal de enfermagem, considerava ter existido uma grande melhoria, quer em quantidade, quer em qualidade. Por seu turno, o serviço social hospitalar “é que se encontra ainda, entre nós, a bem dizer, na sua infância”<sup>1269</sup>. Seria, exactamente, durante o início da década de cinquenta que surgiriam, também, os primeiros administradores nos hospitais gerais<sup>1270</sup>.

<sup>1266</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1267</sup> Cf. PARECER n.º 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 60.

<sup>1268</sup> Cf. PIRES DE LIMA, António, *op. cit.*, p.23.

<sup>1269</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos – Da Organização Hospitalar do País, p. 61.

<sup>1270</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 111.

Entre 25 e 30 de Maio de 1953, ocorreu em Londres, o 8º Congresso da *Federação Internacional dos Hospitais*<sup>1271</sup>, onde se observou a representação de 34 países, entre os quais Portugal. O representante português foi Joaquim José de Paiva Correia, adjunto do *Hospital Júlio de Matos*, que, no seu relatório, deixava claro que era necessária uma participação portuguesa mais alargada “e não apenas um indivíduo, para que se possa debater os assuntos do Congresso”<sup>1272</sup>. O tema geral debatido seria a medicina preventiva, sendo o hospital percebido como um todo indivisível onde os técnicos hospitalares deviam trabalhar na mais íntima colaboração, de modo a se coordenarem os serviços que os compunham.

Contudo, Portugal possuía apenas 4 instituições associadas àquela Federação, nenhuma delas com direito de voto na assembleia geral. O representante português enfatizava a importância da colaboração naqueles eventos internacionais, sublinhando a necessidade de envio de uma equipa mais alargada. Esta representação num congresso internacional fazia parte do movimento, observado a partir do final da II Guerra Mundial, que se prolongaria durante as décadas de cinquenta e de sessenta, de viagens de estudo a hospitais estrangeiros e a reuniões internacionais onde se pudessem interiorizar as novas técnicas e conceitos hospitalares. Em 1955, Portugal integrou uma viagem de estudo a Itália, organizada pela *Federação Internacional dos Hospitais*<sup>1273</sup>. No mesmo ano, Portugal realizou uma missão de estudo ao *IX Congresso Internacional dos Hospitais*, realizado em Lucerna<sup>1274</sup>.

Em 1956, como já referimos, Marcolino Candau, director-geral da O.M.S. visitou Portugal e a questão hospitalar não lhe passou despercebida. Visitou alguns estabelecimentos hospitalares e o regime desculpou os aspectos mais negativos encontrados pelo médico, nomeadamente a indefinição de um programa de saúde que

---

<sup>1271</sup> **Federação Internacional dos Hospitais**: sucessora da *Associação Internacional dos Hospitais*, fundada em 1929 após o *I Congresso Internacional dos Hospitais*, realizado em Atlantic City, nos Estados Unidos da América. A Associação cessou funções durante a II Guerra Mundial, mas reergueu-se com uma nova denominação, em 1947. A Federação Internacional dos Hospitais seria constituída a partir do Código Civil Suíço, sendo sediada em Londres. Vide INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION–*Official Website of the International Hospital Federation* [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <http://www.ihf-fih.org/>

<sup>1272</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO/IN – 1C, pt. 14.

<sup>1273</sup> Cf. Viagem de Estudo na Itália, organizada pela Federação Internacional dos Hospitais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.119 /120, Janeiro/Junho, 1955, p. 244.

<sup>1274</sup> Cf. Missão de Estudo ao IX Congresso Internacional dos Hospitais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.127 /128, Janeiro/Junho, 1957, p. 87.

antecedesse o início das construções hospitalares com a inexistência de estruturas anteriores ao regime – “o zero universal”<sup>1275</sup>. Por tal, sustentava o regime, teve de ser dada satisfação a necessidades prementes e inadiáveis derivadas da escassez de camas hospitalares, existentes quase só em velhos conventos. O empenho do governo pela política sanitária e de assistência social bem se revelou, segundo o subsecretário de Estado da Assistência Social, no facto de se ter começado pelo “sector mais oneroso – construir, equipar hospitais gerais e especiais, com os decorrentes gigantescos encargos de manutenção”<sup>1276</sup>. Embora saibamos que estes encargos, na grande maioria das vezes, nomeadamente no que era relativo aos hospitais sub-regionais, os mais prevalentes, coubessem ao Estado numa percentagem bastante reduzida.

Em 1957, foi publicado novo regulamento geral dos organismos especiais de sanidade e assistência<sup>1277</sup>. Segundo a Lei nº. 35108, estes organismos eram: os *Hospitais Civis de Lisboa*, os *Hospitais da Universidade de Coimbra*, o *Hospital Joaquim Urbano*, os *Hospitais Rainha D. Leonor e Santo Isidoro* das Caldas da Rainha, o *Instituto Superior de Higiene Ricardo Jorge*, o *Instituto de Malariologia de Águas de Moura*, os *Serviços Anti-rábico e Vacínico de Coimbra*, o *Instituto Anti-diabético de Coimbra*, o *Parque Sanitário*, os estabelecimentos balneares e de águas mineromedicinais, os hospitais e postos de combate de doenças infecciosas, os centros de assistência social, os centros de saúde e profilaxia, os dispensários, os postos de consulta e socorros e os postos de medicamentos de urgência.

No mesmo ano, foi publicado um disposto legislativo totalmente concernente à Comissão de Construções Hospitalares, mais de 10 anos após a sua criação. Segundo o Decreto-Lei nº. 41497, competia a esta comissão: a organização dos programas de construção, adaptação ou ampliação e equipamento dos hospitais centrais e regionais; escolher e adquirir os terrenos e prédios necessários; promover a elaboração dos projectos; dirigir e fiscalizar os trabalhos; assegurar o pagamento das despesas; informar, propor a comparticipação e fiscalizar as obras de construção, ampliação ou adaptação e o equipamento dos hospitais sub-regionais e restantes estabelecimentos hospitalares e prestar às entidades interessadas, a assistência técnica gratuita para a

---

<sup>1275</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10 A, pt. 8.

<sup>1276</sup> IDEM - *Ibidem*, CO-IN-10 A, pt. 8.

<sup>1277</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 40974. *Diário do Governo. I Série*. 9 (1957-01-11), p. 25-26.

elaboração dos projectos sempre que o solicitassem; elaborar o plano de trabalhos a realizar; executar outros trabalhos relacionados determinados pelo governo.

Esta comissão funcionava no *Ministério das Obras Públicas* e este decreto designava, pela primeira vez, a sua constituição. A distribuição de despesas gerais por cada ano económico era regulada pelo ministro das Obras Públicas. Sempre que as verbas se mostrassem insuficientes, estas poderiam ser reforçadas pelo Fundo de Desemprego<sup>1278</sup>.

Em 1958, José Pinto Correia, interno dos *Hospitais Cívicos de Lisboa* e assistente da *Faculdade de Medicina* daquela cidade, traçava a sua visão sobre o sistema hospitalar português. Na sua opinião, a assistência hospitalar nada havia mudado desde o século anterior, centrada nas misericórdias e no atendimento de pobres e indigentes, com serviços médicos desenvolvidos na base do voluntariado. Do seu ponto de vista, era um erro pretender fazer assistência à custa dos hospitais, com consequências para a saúde pública e para a formação de médicos. Considerava, pois, “ilusória” a actividade médica dos hospitais das misericórdias<sup>1279</sup>.

Em 1959, após a criação do *Ministério da Saúde e Assistência* e a integração da *Direcção-Geral de Assistência* naquele ministério, seriam criadas as Comissões Inter-Hospitalares de Lisboa<sup>1280</sup> e Porto<sup>1281</sup>, a primeira a 29 de Abril e a segunda, a 26 de Junho. Estas comissões tinham como objectivo estudar e propor medidas para melhorar o aproveitamento de hospitais e de outros serviços de luta contra doenças dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*. Tinham, também, como função, elaborar planos de acção coordenada dos hospitais e serviços, velando pela sua execução, e instalar um serviço central de informação e orientação de doentes. A comissão de Lisboa era integrada pelos representantes dos hospitais do distrito de Lisboa e Setúbal, dos institutos coordenadores de assistência que administravam hospitais na mesma região, da *Faculdade de Medicina de Lisboa* e da *Ordem dos Médicos*. No caso da comissão do Porto, era constituída por dois representantes dos hospitais do distrito do Porto, dois representantes dos hospitais do distrito de Aveiro e um representante de cada um dos

---

<sup>1278</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 41974. *Diário do Governo. I Série.* 297 (1957-12-31), p. 1525-1526.

<sup>1279</sup> Cf. CORREIA, José Pinto – Problemas da Medicina em Portugal. In CARDIA, Mário [dir.] – *O Médico*, vol. VIII, IX ano, n.º. 355, 19 Junho (1958), p. 285-286.

<sup>1280</sup> Cf. PORTARIA n.º. 17143. *Diário do Governo. I Série.* 470 (1959-04-29), p. 470.

<sup>1281</sup> Cf. PORTARIA n.º. 17241. *Diário do Governo. I Série.* 144 (1959-06-26), p. 732.

institutos coordenadores que gerissem estabelecimentos hospitalares na mesma região, da *Faculdade de Medicina do Porto* e da *Ordem dos Médicos*.

Martins de Carvalho, em discurso publicado pelo *Boletim da Assistência Social*, explicava a criação destas comissões inter-hospitalares para uma melhor coordenação dos serviços do próprio ministério, para a criação de um serviço central de informação e orientação dos doentes e para um melhor aproveitamento dos hospitais da região<sup>1282</sup>. Contudo, a maior informação dada sobre a Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa, seria da autoria de Coriolano Ferreira, que escreveria um longo artigo no *Boletim da Assistência Social* sobre o assunto<sup>1283</sup>.

Coriolano Ferreira pensava naquela comissão como capaz de promover a distribuição conveniente dos doentes nos hospitais de Lisboa, pois existia uma defeituosa distribuição da procura naqueles hospitais. Enquanto os que eram dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência* funcionavam com 92,7% da sua capacidade, os hospitais afectos ao *Ministério da Educação Nacional* não passavam de 64% da sua lotação. Da mesma forma, existia o problema da afluência de doentes fora de Lisboa, mais agudo no *Hospital de Santa Maria* do que nos *Hospitais Civis de Lisboa*. O administrador do hospital escolar pensava que a comissão não servia apenas para uma melhor repartição dos doentes, mas também para por em comum as potencialidades e comodidades dos vários hospitais, diminuindo as diferenças entre eles<sup>1284</sup>.

Na sua opinião era, pois, necessária uma regionalização dos hospitais, que agrupasse os hospitais e serviços complementares – dispensários, postos clínicos, ambulatorios – de uma região numa única organização, onde cada um deles assumisse um papel definido. Esta regionalização supunha comunidade de meios técnicos e administrativos, de modo a aproveitar ao máximo estes meios em toda a região,

---

<sup>1282</sup> Cf. O Ministério da Saúde e Assistência: De sua Orgânica e Orientação. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.135 /136, Janeiro/Junho, 1959, p. 187.

<sup>1283</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano - Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa: Informação. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 189-200.

<sup>1284</sup> IDEM - Ibidem, p. 190.

economizando meios financeiros, melhorando a distribuição de doentes e mantendo o princípio de continuidade de tratamento mesmo quando o doente era transferido<sup>1285</sup>.

Na sua opinião, a regionalização dos hospitais de Lisboa era essencial, dada a falta de estudos sobre a frequência e distribuição dos doentes, as suas possibilidades materiais... Nesse sentido, era necessário colocar em contacto os directores clínicos e administradores dos hospitais para desenvolverem o estudo e observação do movimento geral de doentes e processos de os orientar. Da mesma forma, era necessário prever um serviço central de informação sobre vagas existentes nos hospitais, para orientar os doentes que carecessem de internamento, um sistema de informação actualizado hora a hora<sup>1286</sup>.

Em Julho de 1959, a *Direcção-Geral de Assistência*, ainda encabeçada por Agostinho Pires, emitia uma circular relativa ao problema hospitalar. Nela, admitia a existência de uma rede de hospitais sub-regionais de certa densidade, faltando, porém, hospitais regionais, os alicerces do sistema, com a capacidade necessária e dotados das condições mínimas. Por falta de dotações, a Comissão de Construções Hospitalares só esporadicamente havia realizado obras nos hospitais regionais, sendo as instalações o maior problema. Segundo o documento, seria a necessidade de construção de hospitais escolares a impedir a construção dos hospitais regionais, conforme estava previsto na Lei nº. 2011<sup>1287</sup>, embora saibamos que as dotações para a construção dos hospitais escolares não estivessem preponderantemente dependentes da Comissão de Construções Hospitalares.

Em resultado desta política, segundo a mesma circular, havia-se, pois, construído hospitais sub-regionais, “em número e lugar que seria de dispensar”<sup>1288</sup>, sem o apoio dos hospitais regionais. Os hospitais centrais encontravam-se “afogados por uma onda de doentes”<sup>1289</sup>, que não devia ali dar entrada. Observava-se, pois, um fenómeno de sobrelotação dos hospitais centrais, acompanhado pela pobre lotação dos hospitais sub-regionais. Para solucionar este problema, o diploma aconselhava um maior aproveitamento dos hospitais sub-regionais e que estes, em nenhuma circunstância,

---

<sup>1285</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano - Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa: Informação, p. 193.

<sup>1286</sup> IDEM - Ibidem, p. 198.

<sup>1287</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. 70/1-B (1959-07-29). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 193.

<sup>1288</sup> IDEM - Ibidem, p. 194.

<sup>1289</sup> IDEM - Ibidem, p. 195.

mandassem para os hospitais, regionais ou centrais, doentes que pudessem ser tratados localmente, o que constituía prática frequente.

No *IV Congresso das Misericórdias*, realizado em 1959, observaram-se várias intervenções sobre a situação hospitalar portuguesa. Cristiano Nina, médico internista dos *Hospitais Cívicos de Lisboa*, apresentava uma comunicação onde apelidava os hospitais sub-regionais de “hospitais rurais”, muitas vezes meras casas de recolhimento com falta de condições de aceitável assistência e reduzida percentagem de ocupação de camas disponíveis. Tal, seria gerador de um decréscimo do nível de serviços prestados e de recursos financeiros, limitando a prestação aos indigentes e afugentando porcionistas e pensionistas. Por outro lado, observava-se, segundo o autor, nestas instituições, um número insuficiente de médicos e uma descoordenação do pessoal técnico responsável. O médico concluía, ainda, “que a actual função estadual supletiva da caridade e benemerência públicas jamais poderá fomentar o premente ajustamento das funções dos hospitais rurais”<sup>1290</sup>.

No mesmo congresso, o médico António Seabra, falava dos hospitais sub-regionais, que faziam o que podiam, vazios de camas, enquanto os hospitais regionais ou centrais trabalhavam em dobro, sempre cheios. Segundo o médico, os hospitais regionais serviam para descongestionar os hospitais das cidades universitárias, possuindo serviços diferenciados, com pessoal mais especializado e atendendo doentes de todas as classes. Na sua opinião, estas instituições deviam estar dependentes do Estado. Por seu turno, os hospitais sub-regionais eram dirigidos a doentes que não necessitassem de meios de diagnóstico próprios de um hospital, destinando-se a pobres e estando na posse das misericórdias<sup>1291</sup>.

Coriolano Ferreira também não poderia passar incólume neste congresso, reservando uma comunicação dedicada ao papel do hospital do futuro. Na verdade, o autor defendia o hospital enquanto centro de saúde, centro de serviço social, centro de ensino e centro de investigação. Nesse sentido, estas instituições deveriam possuir uma tríplice função: preventiva, curativa e recuperadora. Tudo isto para acudir à dimensão

---

<sup>1290</sup> Cf. NINA, Cristiano – Hospital Rural (Centro de Saúde e Serviço Social). In *IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 112-113.

<sup>1291</sup> Cf. SEABRA, António – Características e Atribuições dos Hospitais Regionais e Sub-Regionais. In *IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 443-448.

social da doença, que atingia o equilíbrio da sua composição na economia, na riqueza e no valor intelectual de um país<sup>1292</sup>.

Em Maio de 1960, foi emanada uma circular da *Direcção-Geral de Assistência*, que desaconselhava os hospitais sub-regionais a se apetrecharem com serviços de cirurgia e de medicina altamente especializados. Na opinião daquele organismo, estes hospitais deveriam limitar a sua capacidade cirúrgica às possibilidades efectivas da actuação local, tornando mais eficazes as consultas externas - “o fulcro da sua actividade” – e fomentar a criação de laboratórios e de serviços auxiliares que permitissem a realização efectiva do diagnóstico, evitando perdas de tempo nos hospitais regionais e centrais<sup>1293</sup>. No ano seguinte, em 1961, foi publicada legislação que permitia ao ministro da Saúde e Assistência estabelecer em portaria que determinados hospitais sub-regionais funcionassem como extensões ou apoios dos hospitais regionais da respectiva área<sup>1294</sup>. Embora tal fórmula não fosse comum, nalguns casos tratava-se de uma solução vantajosa.

## **1.2. A Longa Espera para a Construção dos Hospitais Escolares**

No documento intitulado “Nota Oficiosa do Ministro das Finanças”, incluído no *Fundo Oliveira Salazar*, datado de 26 de Julho de 1933, Salazar prometia fazer construir imediatamente dois hospitais escolares anexos às faculdades de medicina de Lisboa e do Porto. Era, segundo ele, o cumprimento da promessa feita de resolver o problema hospitalar do país. Na verdade, o governo admitia não conhecer a realidade, em termos de assistência hospitalar e cirúrgica. Por tal, sentia a necessidade de o *Ministério do Interior* criar uma “Carta Hospitalar”, organizando um inquérito geral que definisse os hospitais existentes, a sua lotação, as condições de trabalho e assistência, o custo de cada cama e a relação que possuíam com a região que serviam. A adaptação das instalações hospitalares às características sanitárias de cada região, compreendidos

---

<sup>1292</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – O Hospital de Hoje e do Futuro, p. 115.

<sup>1293</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA - CIRCULAR nº. 85/1-B. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.139 /140, Janeiro/Dezembro, 1960, p. 245.

<sup>1294</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 43754. *Diário do Governo. I Série*. 145 (1961-06-24), p. 752.



os números de doentes e as doenças mais frequentes, muitas vezes em relação directa com a feição económica das terras, era objectivo a alcançar para evitar desperdício ou imobilização improdutiva de capitais<sup>1295</sup>.

A situação no Porto era praticamente desconhecida. Contudo, em Lisboa, o *Hospital Escolar de Santa Marta* possuía uma lotação de 400 doentes, insuficiente para ensino, e com poucas condições, não merecendo, na opinião de Salazar, um futuro investimento de requalificação. A seu ver, as necessidades de ensino médico impunham a construção de um grande hospital, com 1500 camas, que resolveria, da mesma forma, o problema de carência de camas em Lisboa. A construção imediata destes dois hospitais, pela necessidade e urgência, era indiscutível, na opinião de Salazar<sup>1296</sup>.

Por tal, através do Decreto-Lei nº. 22917, o governo autorizou a construção de dois hospitais escolares, um em Lisboa e outro no Porto, anexos às respectivas faculdades de medicina. Ambos os hospitais seriam projectados para uma capacidade de 1500 camas cada um. Da mesma forma, era instituída uma comissão administrativa para dirigir e administrar as obras de construção<sup>1297</sup>. Em 1935, através do Decreto-Lei nº. 25352, seria instituída a Comissão Administrativa dos Novos Edifícios Universitários, dependente do *Ministério das Obras Públicas*, à qual competia a construção dos hospitais escolares de Lisboa e Porto<sup>1298</sup>. Em 1934, tinha-se constituído uma comissão técnica, que realizou o anteprojecto, aprovado em Fevereiro de 1939. No ano seguinte, apresentava-se o projecto definitivo.

Contudo, seriam necessários vinte anos, após publicação do Decreto-Lei nº. 22917, para que o primeiro hospital escolar fosse uma realidade. Trigo de Negreiros, em 1953, explicava a demora ligando-a ao grande conflito internacional, sublinhando, contudo, que a promessa efectuada por Salazar havia-se cumprido<sup>1299</sup>. Nesse ano, o ministro do Interior dava uma entrevista ao *Boletim da Assistência Social*, no âmbito da inauguração do Hospital Escolar de Lisboa. Segundo ele, duas coisas tornaram possível a construção daquele hospital: “saber o que se quer e dinheiro”<sup>1300</sup>, isto é, vontade

---

<sup>1295</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/PC– 2B, pt. 14.

<sup>1296</sup> IDEM - *Ibidem*, CO/PC– 2B, pt. 14.

<sup>1297</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 22917. *Diário do Governo. I Série.* 171 (1933-07-31), p. 1498.

<sup>1298</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 25352. *Diário do Governo. I Série.* 112 (1935-05-17), p. 681.

<sup>1299</sup> Cf. 27 de Abril de 1953: O Chefe de Estado Inaugurou Solenemente o Gigantesco Hospital, p. 125.

<sup>1300</sup> Cf. O Hospital Escolar de Lisboa: A Solução dum Grande Problema Nacional. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p. 121.

política e recursos financeiros, já não referenciando o período conturbado da II Guerra Mundial. Chegado à conclusão de que o *Hospital de Santa Marta* não tinha requisitos indispensáveis ao ensino e à assistência, o regime estudaria a construção de um novo hospital que servisse uma dupla função – pedagógica e assistencial. Como hospitais centrais, segundo a Lei nº. 2011, os hospitais escolares tinham a função de atender os casos clínicos da respectiva zona, que os hospitais regionais não pudessem tratar, e de exercerem funções pedagógicas como formações sanitárias dos centros universitários. Possuíam, ainda, funções de investigação científica próprias.

Trigo de Negreiros aproveitava, ainda, a oportunidade para propagandear as instalações do novo hospital, a funcionar no maior edifício construído em Portugal, organismo com uma dupla tutela entre o *Ministério do Interior* (do qual dependiam os serviços de assistência) e o *Ministério da Educação Nacional* (do qual dependiam as suas funções pedagógica e de investigação). O ministro garantia, ainda, a existência de pessoal técnico suficiente e devidamente preparado para pôr em funcionamento aquele estabelecimento hospitalar.

A 27 de Abril de 1953 foi inaugurado, pelo presidente do Conselho, o “gigantesco hospital”, conforme o adjectivaria o *Boletim da Assistência Social*. O periódico adiantava que aquele “notável melhoramento” assinalava uma época, o “nome de um grande chefe e a capacidade construtiva da Revolução Nacional”<sup>1301</sup>. O primeiro administrador do Hospital Escolar seria Coriolano Ferreira, havendo deixado, para tal, de exercer as mesmas funções nos *Hospitais da Universidade de Coimbra*<sup>1302</sup>. O *Avante*, em finais de 1954, noticiava, contudo, que apesar das inaugurações, nessa data o hospital ainda não possuía qualquer doente<sup>1303</sup>.

Seria pelo Decreto-Lei nº. 39927, que o Hospital Escolar de Lisboa tomaria o nome de “Santa Maria”, “na linha da tradição onomástica que, entre nós, remontava ao *Hospital de Todos-os-Santos* e que tinha correspondência noutros países de formação

---

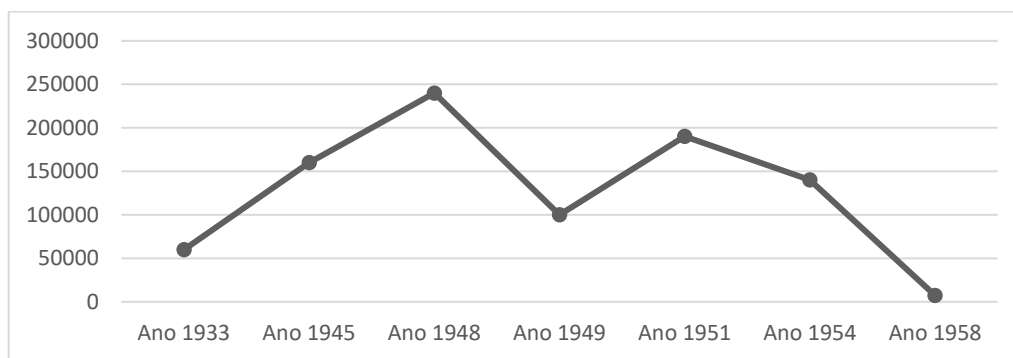
<sup>1301</sup> Cf. O Presidente do Conselho visitou o novo Hospital. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p. 127.

<sup>1302</sup> Cf. COSTA, Rui Pinto, *op. cit.*, p. 111.

<sup>1303</sup> Cf. Querem Negociar com a Saúde do Povo, p. 2.

católica”<sup>1304</sup>. O mesmo diploma concedia a prorrogação, por mais um ano, do período de instalação daquele estabelecimento.

Em 1958, foi produzida legislação que aumentava a dotação, por parte do *Ministério das Obras Públicas*, para os encargos de construção e equipamento dos hospitais escolares de Lisboa e Porto<sup>1305</sup>, aumento esse que seria de cerca de um décimo daquele que havia sido previsto em 1954<sup>1306</sup>, caindo para valores inferiores aos registados em 1933 (*Vide Gráfico 80*)<sup>1307</sup>. Em 24 de Junho de 1959 foi integrado no património do Estado, através do *Ministério da Educação Nacional e da Saúde e Assistência*, o Hospital Escolar do Porto, que agregaria a *Faculdade de Medicina do Porto* e o *Hospital de São João*<sup>1308</sup>.



**Gráf. 80:** Encargos para a construção e equipamento dos hospitais escolares (1933-1958) do orçamento do *Ministério das Obras Públicas* – em contos [Fonte: Cf. DECRETO-LEI nº. 22917; DECRETO-LEI nº. 34420; DECRETO-LEI nº. 36744; DECRETO-LEI nº. 37643; DECRETO-LEI nº. 38490; DECRETO-LEI nº. 39849; DECRETO-LEI nº. 41976]<sup>1309</sup>.

O regime dualista, de existência, no mesmo estabelecimento, de serviços de dois ministérios – Saúde e Assistência e Educação Nacional – foi criticado por alguns

<sup>1304</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 39927. *Diário do Governo. I Série.* 263 (1954-11-24), p. 1396.

<sup>1305</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 41976. *Diário do Governo. I Série.* 257 (1958-11-26), p. 1326.

<sup>1306</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 39849. *Diário do Governo. I Série.* 230 (1954-10-15), p. 1201.

<sup>1307</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 22917, *op. cit.*, p. 1498; DECRETO-LEI nº. 34420. *Diário do Governo. I Série.* 41 (1945-02-26), p. 117; DECRETO-LEI nº. 36744. *Diário do Governo. I Série.* 27 (1948-02-03), p. 95; DECRETO-LEI nº. 37643. *Diário do Governo. I Série.* 261 (1949-10-12), p. 876; DECRETO-LEI nº. 38490. *Diário do Governo. I Série.* 230 (1951-11-06), p. 955; DECRETO-LEI nº. 39849, p. 1201; DECRETO-LEI nº. 41976, p. 1326.

<sup>1308</sup> Cf. Hospital de São João. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XI, nº. 85-86, Julho-Agosto, 1959, p. 3.

<sup>1309</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

professores universitários<sup>1310</sup>. O objectivo seria a contenção de recursos, prevenindo duplicações e falta de coordenação entre serviços. Estes hospitais seriam destinados aos casos mais complexos, que exigissem maiores especializações, que não eram possíveis manter em todas as cidades do país. Contudo, uma coordenação eficiente só seria possível através do desenvolvimento de um comando único, integrando todos os hospitais numa direcção-geral, dependente do *Ministério da Saúde e Assistência*.

### 1.3. Nasce a *Direcção-Geral dos Hospitais*

Considerando o crescente número de hospitais e a natureza complexa da sua actividade, foi criada, em 1961, a *Direcção-Geral dos Hospitais*. Na dependência do *Ministério da Saúde e Assistência*, competia a este novo organismo o fomento, orientação, coordenação e fiscalização da acção das instituições e estabelecimentos de saúde e assistência, oficiais e particulares, que desempenhassem actividades hospitalares. De fora, ficavam os estabelecimentos e serviços dependentes do *Instituto Maternal*, do *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos* e do *Instituto de Assistência Psiquiátrica*<sup>1311</sup>.

No Parecer nº. 42/VII da *Câmara Corporativa*, referente ao *Estatuto da Saúde e Assistência*, datado de 1961, observava-se a necessidade de criação deste organismo como consequência do estado de evolução da organização hospitalar e da necessidade de estabelecer hierarquias das funções hospitalares. A *Direcção-Geral de Assistência* não possuía meios de contacto directo com os hospitais, nem estava organizada para assumir a sua orientação técnica. Dado o isolamento em que os hospitais trabalhavam, sem contactos mútuos, sem orientação e coordenação superior, era necessária a criação de um órgão central e de centros regionais<sup>1312</sup>.

Coriolano Ferreira, em artigo publicado na revista *Hospitais Portugueses*, explicava a criação deste novo organismo pelo ajustamento dos hospitais à realidade do seu tempo, pela necessidade de se organizarem e funcionarem como elementos

---

<sup>1310</sup> Cf. CARDIA, Mário – Política Hospitalar: Suas Relações com a Saúde Pública, o Ensino e a Previdência Social, p. 4.

<sup>1311</sup> Cf. DECRETO nº. 43853. *Diário do Governo. I Série*. 185 (1961-08-10), p. 995.

<sup>1312</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1465.

actuates de um sistema nacional, hierarquizado, coordenado e conduzido interna e externamente por órgãos próprios, adequadamente especializados. A hierarquia pressupunha que os hospitais de grau superior completavam, apoiavam e orientavam tecnicamente os de grau inferior. A coordenação significava o respeito pela autonomia de cada instituição, através da distribuição esclarecida de funções e da integração num plano comum de acção. A especialização de governo e de gerência presumia a existência de um órgão central, parte integrante do ministério responsável pela política e saúde e assistência no nosso país<sup>1313</sup>.

O director da revista considerava que a nova direcção-geral não era a solução dos problemas hospitalares, mas um instrumento de trabalho na busca de soluções. Não pretendendo centrar-se em Lisboa, esta repartição pretendia desdobrar-se em órgãos regionais. Tratava-se, pois, de uma direcção-geral essencialmente técnica, descentralizada e com acento nas funções de planeamento e de coordenação, mais do que nas executivas. Os principais problemas que se propunha encarar seriam os de organização administrativa, das carreiras profissionais, da construção de edifícios e transporte de doentes<sup>1314</sup>.

Incumbia, em especial, a este novo organismo: a preparação e a execução dos planos de actividade hospitalar; a organização, com a Comissão de Construções Hospitalares, dos planos gerais de obras de ampliação, construção, adaptação e equipamento das unidades; a promoção e orientação técnica e administrativa do funcionamento e apetrechamento dos hospitais; o estudo e a promoção de carreiras profissionais para o exercício de actividades hospitalares. Observe-se, ainda, que a tutela administrativa e as funções de direcção e de coordenação destes hospitais eram realizadas em cooperação com a *Direcção-Geral de Saúde* e a *Direcção-Geral de Assistência*<sup>1315</sup>.

O director-geral dos Hospitais e o seu adjunto eram nomeados pelo ministro da Saúde e da Assistência, sendo um deles necessariamente médico. O primeiro passava a presidir à Comissão de Construções Hospitalares, do *Ministério das Obras Públicas* e a fazer parte do Conselho Coordenador e do Conselho Superior de Higiene e Assistência

---

<sup>1313</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – A Direcção-Geral dos Hospitais: sua justificação e sua organização. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIII, nº. 113-114, Novembro-Dezembro, 1961, p. 7-9.

<sup>1314</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – A Direcção-Geral dos Hospitais: sua justificação e sua organização, p. 8.

<sup>1315</sup> Cf. DECRETO nº. 43853, p. 995.

Social do *Ministério da Saúde e Assistência*. No ano seguinte, seria publicado novo diploma que permitia ao ministro da Saúde e Assistência designar funcionários de quaisquer departamentos do ministério, designadamente dos organismos dependentes da *Direcção-Geral dos Hospitais*, para assegurarem a instalação e o bom funcionamento do mesmo organismo<sup>1316</sup>.

O mesmo diploma determinava que os *Hospitais de Santa Maria* e de *S. João* passavam a ser considerados organismos especiais de saúde e assistência, dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência* por intermédio da *Direcção-Geral dos Hospitais*. O mesmo decreto-lei criava, ainda a Comissão Inter-Hospitalar de Coimbra, com jurisdição na zona centro. Estas comissões, que funcionavam como órgãos de coordenação regional da assistência hospitalar, ficavam subordinadas àquela Direcção-Geral<sup>1317</sup>. Pela Portaria nº. 18752, seria aprovado o regulamento das Comissões Inter-Hospitalares<sup>1318</sup>.

Comissões Inter-Hospitalares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação das necessidades em matéria de assistência hospitalar;</li> <li>• Elaboração e execução de planos de acção coordenada dos hospitais, postos e consultas;</li> <li>• Estudo e promoção de um melhor aproveitamento dos hospitais e outros serviços de luta contra a doença;</li> <li>• Parecer sobre a construção e apetrechamento de hospitais;</li> <li>• Instalação de um serviço central de orientação de doentes para uma utilização comum dos hospitais da zona;</li> <li>• Colaboração na preparação de pessoal técnico auxiliar.</li> </ul>

**Tab. 25:** Competências das Comissões Inter-Hospitalares, segundo a Portaria nº. 18752 (1961).

Em 1961, as comissões inter-hospitalares atingiram o ponto final da sua fase de experiência. Aperfeiçoaram os métodos de trabalho, alargaram a influência a novas regiões. A Central de Orientação de Doentes de Lisboa iniciou o seu funcionamento em Fevereiro daquele ano, enquanto a do Porto, fundada no ano anterior, alargou-se à região de Aveiro.

Nesse ano de 1961 foi, ainda, publicado o *Regulamento Interno dos Hospitais Regionais*. Aqueles que pertenciam às misericórdias continuavam a ser administrados

<sup>1316</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 44320. *Diário do Governo. I Série.* 97 (1962-04-03), p. 628.

<sup>1317</sup> Cf. DECRETO nº. 43853, p. 995.

<sup>1318</sup> Cf. PORTARIA nº. 18752. *Diário do Governo. I Série.* 227 (1961-09-29), p. 1245.

pelas respectivas Mesas. Segundo Coriolano Ferreira, observavam-se, nesta época, duas posições antagónicas face a este facto. Uma delas, mais tradicionalista, defendia que os hospitais regionais deveriam manter-se como propriedade das misericórdias, sendo por elas livremente administrados e geridos. Esta visão era defendida por aqueles que, na linha doutrinal do regime, consideravam inalienável a iniciativa particular. Contudo, observava-se uma outra posição, por parte daqueles que viam nestas instituições uma clara incapacidade na gestão dos hospitais e nos novos desafios que daí decorriam. Estes últimos, servindo-se da experiência internacional, propunham retirar esses hospitais da égide das misericórdias e transformá-los em organismos públicos<sup>1319</sup>.

A orgânica e atribuições da nova Direcção-Geral foi publicada em 1962, pela Portaria nº. 19221. Esta seria constituída por serviços centrais e serviços de zona ou regionais. Aos primeiros competia o estudo, planeamento, orientação, coordenação e fiscalização nacional das actividades hospitalares. Aos serviços de zona e regionais pertencia a execução dos planos nacionais e a fiscalização dos programas regionais superiormente aprovados. Dependentes dos serviços centrais estavam os serviços técnicos de assistência hospitalar, de administração hospitalar, o centro de informação ou divulgação e a secretaria. Na dependência dos serviços de zona ou regionais estavam as comissões inter-hospitalares de cada zona e o seu respectivo director<sup>1320</sup>.

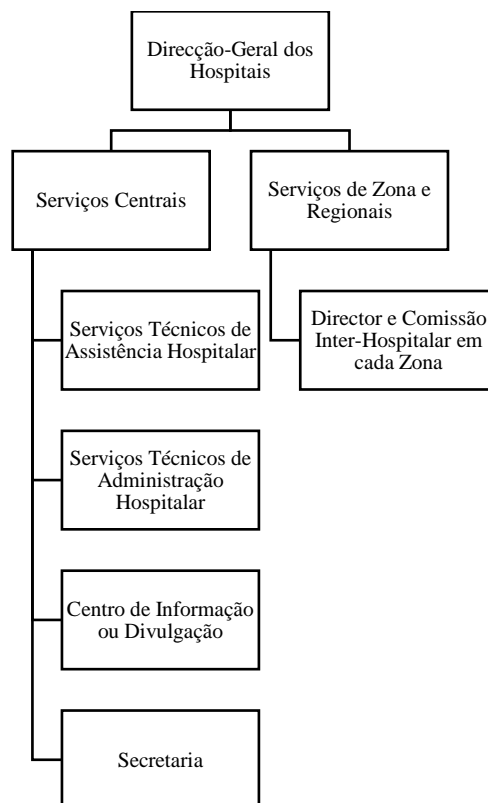
Os serviços técnicos de assistência hospitalar compreendiam os serviços de medicina, farmácia, enfermagem e serviço social hospitalar. Ao serviço de medicina hospitalar pertenciam as funções relativas aos serviços clínicos hospitalares e às carreiras médicas hospitalares. Os seus objectivos eram os de orientar a organização e funcionamento dos serviços de internamento e de consulta dos estabelecimentos hospitalares, de preparar planos de acção médica, de orientar a acção médica das comissões inter-hospitalares, de organizar processos de autorização para a abertura de hospitais e de outros estabelecimentos sanitários. No respeitante às carreiras médicas, tinha como funções investigar as necessidades de pessoal nos serviços, informando as escolas de formação desse pessoal, e organizar a formação em serviço. Era, ainda, sua atribuição, em colaboração com a *Ordem dos Médicos*, o estabelecimento de carreiras

---

<sup>1319</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Memória: Acerca do Regulamento-Tipo dos Hospitais Regionais, elaborado em obediência ao despacho de 1 de Abril de 1960. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.145 /146, Julho/Dezembro, 1961, p. 30-31.

<sup>1320</sup> Cf. PORTARIA nº. 19221. *Diário do Governo. I Série*. 128 (1962-06-05), p. 786.

médicas hospitalares e a distribuição dos médicos por todo o país, elaborar os quadros de pessoal clínico e auxiliar e organizar concursos<sup>1321</sup>.



**Org. 20:** Orgânica da *Direcção-Geral dos Hospitais*, segundo a Portaria nº. 19221 (1962).

Ao serviço de farmácia hospitalar competia, essencialmente, orientar o funcionamento das farmácias hospitalares, valorizar a carreira dos farmacêuticos e gerir a verificação e distribuição dos medicamentos. Ao serviço de enfermagem hospitalar cabia o estudo das necessidades destes profissionais nos serviços, tentando aumentar o seu número e valorizando as suas carreiras<sup>1322</sup>.

Os serviços técnicos de administração hospitalar compreendiam os serviços de organização e de gestão hospitalar. Aos primeiros, pertencia proceder ao estudo e planificação do sistema hospitalar de base nacional e promover a execução de medidas com esse fim. Aos segundos, cabia orientar, do ponto de vista administrativo, o funcionamento interno dos estabelecimentos. O centro de informação e divulgação era

<sup>1321</sup> Cf. PORTARIA nº. 19221, p. 788.

<sup>1322</sup> Ibidem, p. 788.



constituído pelos serviços de documentação, biblioteca, estatística, publicações e relações públicas. À secretaria competia o expediente relativo à administração da própria Direcção-Geral<sup>1323</sup>.

Em 1964, foi autorizado ao Comissariado do Desemprego conceder à *Direcção-Geral dos Hospitais* os subsídios reembolsáveis de 500 contos nesse ano, de 1000 contos em 1965, e 500 contos em 1966, como reforço das dotações concedidas pelo Tesouro e inscritas nos orçamentos daquela Direcção-Geral para os respectivos anos económicos<sup>1324</sup>. Na verdade, em 1964, houve registo de uma grave crise financeira nos hospitais centrais, em muitos regionais e em alguns sub-regionais.

Em entrevista ao *Jornal do Médico*, em 1961, Martins de Carvalho assumiu que, a nível hospitalar, havia muita coisa já feita e muita coisa ainda por fazer. Observava a vantagem de transformar as unidades locais em hospitais mais eficientes, através de um adequado reapetrechamento. Considerava, contudo, que o funcionamento dos hospitais não era satisfatório, por falta de dinheiro, das múltiplas necessidades por satisfazer e pelo pequeno número de especialistas. Tais deficiências seriam atenuadas, segundo ele, com o desenvolvimento do programa de construção e remodelação dos hospitais, com o plano de reapetrechamento hospitalar e a colaboração tácita entre as diversas unidades<sup>1325</sup>.

Ainda em 1961, foi criada, no *Ministério da Saúde e Assistência*, uma Comissão de Reapetrechamento dos Hospitais, encarregada de submeter à aprovação dos ministros das Finanças e da Saúde e Assistência os planos de aplicação da verba inscrita na Lei de Meios para 1961, na despesa extraordinária do orçamento do *Ministério da Saúde e Assistência*<sup>1326</sup>. A comissão era presidida por Agostinho Pires, tendo como vogais Aureliano Felismino, director-geral de Contabilidade Pública, e Coriolano Ferreira<sup>1327</sup>. Esta comissão tinha como objectivo estudar e executar o primeiro plano nacional de reequipamento hospitalar, para o qual dispunha de 20000 contos. As directivas ministeriais aconselhavam a concentrar as verbas na resolução das grandes deficiências

---

<sup>1323</sup> Cf. PORTARIA nº. 19221, p. 789.

<sup>1324</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 45973. *Diário do Governo. I Série.* 244 (1964-10-17), p. 1494.

<sup>1325</sup> Cf. O Plano de Sanidade Mental e a Nova Lei Hospitalar: A Obra do Ministério da Saúde e Assistência, p. 237.

<sup>1326</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 43760. *Diário do Governo. I Série.* 149 (1961-06-29), p. 767.

<sup>1327</sup> Cf. O dia-a-dia do Ministério, In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIII, nº. 110-111, Agosto-Setembro, 1961, p. 71.

dos hospitais centrais, regionais e sub-regionais, e das áreas das comissões inter-hospitalares<sup>1328</sup>.

A par desta comissão, foi criada uma outra, a Comissão de Normalização Administrativa, que se propunha formular normas comuns de funcionamento para os serviços administrativos dos hospitais. Uma das suas primeiras atribuições seria a utilização, em todos os hospitais regionais, dos sistemas de contabilidade por decalque<sup>1329</sup>.

Contudo, 1961 seria, também, o ano de publicação do *Relatório das Carreiras Médicas*, que abordava de forma clara o problema hospitalar. O Relatório fazia referência à situação dos *Hospitais Civis de Lisboa*, como exemplar da situação dos hospitais portugueses. As instalações eram más ou péssimas, o equipamento técnico era deficiente, faltava pessoal médico, de enfermagem, administrativo e auxiliar e o que existia era mal remunerado. Observava-se, ainda, a acumulação de doentes, que não deveriam ser internados nos hospitais, mas sim em asilos, hospícios e em hospitais de convalescentes ou incuráveis<sup>1330</sup>.

Da mesma forma, faltavam hospitais regionais, o alicerce da política hospitalar. Contudo, segundo o Relatório, a necessidade de construção dos hospitais escolares impedira a construção dos hospitais regionais, originando a construção de hospitais sub-regionais, “em número e lugar que seriam de dispensar”<sup>1331</sup>. Nesse sentido, os hospitais regionais, completamente desprovidos de instalações, não desempenhavam a sua natural função de apoio aos hospitais sub-regionais, dando lugar a que os hospitais centrais se afogassem de doentes que não tinham de ali dar entrada, perturbando a sua economia funcional. Todo o sistema era caótico devido a uma desorganização administrativa e a uma incapacidade técnica<sup>1332</sup>.

O grande erro, segundo o documento, “erro de técnica administrativa e sanitária” seria o início do programa pelas extremidades do sistema – hospitais sub-regionais e hospitais centrais, deixando um grande hiato entre sub-regiões e zonas, que os hospitais regionais deviam preencher. Os doentes, na maioria pobres, eram assim obrigados a sair

---

<sup>1328</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Actividade da Direcção-Geral dos Hospitais em 1961. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, nº. 118, Abril, 1962, p. 8.

<sup>1329</sup> IDEM - Ibidem, p. 7-8.

<sup>1330</sup> Cf. ORDEM DOS MÉDICOS, *op. cit.*, p. 74.

<sup>1331</sup> IDEM, *ibidem*, p. 76.

<sup>1332</sup> IDEM, *ibidem*, p. 77.

das suas terras, para se dirigirem às grandes cidades, aos hospitais centrais, na esperança de serem internados. Contudo, quando lá chegavam, descobriam que não tinham vaga, sendo apenas aceites se se apresentassem em *articulo mortis*<sup>1333</sup>.

Da mesma forma, o documento propunha que a rede hospitalar deveria integrar as misericórdias, colocando em execução o conceito de regionalização dos hospitais, implícito na legislação, mas ainda não executado<sup>1334</sup>.

Ainda em 1961, foi publicado o Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Saúde e Assistência*. Nele, este órgão consultivo considerava que, “sem embargo da notável obra de construção de novas unidades em todo o País”, a grande maioria dos hospitais portugueses não estava dotada dos meios técnicos indispensáveis ao desempenho da sua missão. Nesse sentido, o plano de reapetrechamento e modernização técnica que era anunciado no projecto-lei era, pois, “um imperativo inadiável”<sup>1335</sup>. Contudo, aquela Câmara pensava que tal plano, para além de abranger os hospitais centrais, deveria também alargar-se às unidades regionais e sub-regionais.

A 30 de Abril de 1964, o então ministro da Saúde e Assistência, Francisco Neto de Carvalho, discursava sobre a problemática hospitalar. Nesse discurso defendia que os pequenos hospitais sub-regionais deviam ser transformados em centros de saúde, dotados para consultas de prevenção e para o tratamento em medicina geral e nas especialidades. Na sua opinião, toda a política hospitalar deveria visar a concentração de meios na melhoria dos hospitais centrais, regionais e sub-regionais. Para a concentração de meios em unidades regionais e centrais, era necessário criar mais hospitais sub-regionais de apoio, oferecendo-lhes novos meios de actuação. Da mesma forma, mostrava-se necessário um sistema de encaminhamento de doentes para os serviços mais apropriados, e um sistema de transporte dos mesmos, visando uma coordenação e utilização mais rentável<sup>1336</sup>.

Neto de Carvalho afirmava procurar melhorar a situação dos hospitais centrais com a colaboração do *Ministério das Obras Públicas*, através da Comissão de Construções Hospitalares e da *Direcção-Geral de Edifícios e Monumentos Nacionais*. Quanto aos hospitais regionais era necessário o estudo de um programa de prioridades

---

<sup>1333</sup> Cf. ORDEM DOS MÉDICOS, *op. cit.*, p. 78.

<sup>1334</sup> IDEM, *ibidem*, p. 89.

<sup>1335</sup> Cf. PARECER n.º 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1387.

<sup>1336</sup> Cf. Política Hospitalar, p. 243-244.

que atendesse as necessidades da população. Do ponto de vista do financiamento, o ministro assumia que as condições financeiras vinham-se a agravar, devido ao incremento de internamentos (pelo aumento da população e o incremento do recurso dos habitantes ao hospital), ao encarecimento dos cuidados médicos, às tabelas de preços abaixo dos custos, ao crescimento dos débitos camarários e à grande percentagem de assistidos tratados gratuitamente (76,8%, em 1962). Contudo, o problema fulcral era o do pessoal hospitalar, havendo necessidade, conforme a Lei nº. 2120, de estabelecer carreiras para médicos, enfermeiros, farmacêuticos, serviço social, auxiliares e administração hospitalar<sup>1337</sup>.

Em 1965, porque tardava a lei orgânica do *Ministério da Saúde e Assistência*, e para se coadunar com o *Plano Intercalar de Fomento*, foi publicada legislação que regulava a colocação do pessoal e que organizava a *Direcção-Geral dos Hospitais*. A mesma legislação integrava os estabelecimentos oficiais de natureza hospitalar, dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência* e não dependentes dos institutos coordenadores de assistência médico-social, naquela *Direcção-Geral*. Da mesma forma, abriu a possibilidade de o ministro da Saúde e Assistência determinar que os institutos coordenadores de assistência médico-social pudessem passar a depender da *Direcção-Geral dos Hospitais*<sup>1338</sup>.

Na verdade, a integração do *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*, do *Instituto de Assistência Psiquiátrica* e do *Instituto de Assistência aos Leprosos* na *Direcção-Geral dos Hospitais* observou-se poucos meses depois. A mesma legislação fazia integrar as maternidades, dependentes do *Instituto Maternal*, no sistema hospitalar geral, para efeitos de orientação<sup>1339</sup>.

A importância da classe médica era cada vez mais valorizada no seio das instituições hospitalares. Observe-se a publicação do Decreto-Lei nº. 46698, onde se considerava o pessoal médico como “o cerne da organização e do qual depende, em primeira mão, a sua eficiência”<sup>1340</sup>. Nesse sentido, na opinião do legislador, não era aceitável que os hospitais continuassem a trabalhar com a presença do médico apenas durante a manhã, passando 18 a 20 horas sem equipas médicas, constituindo tal uma

---

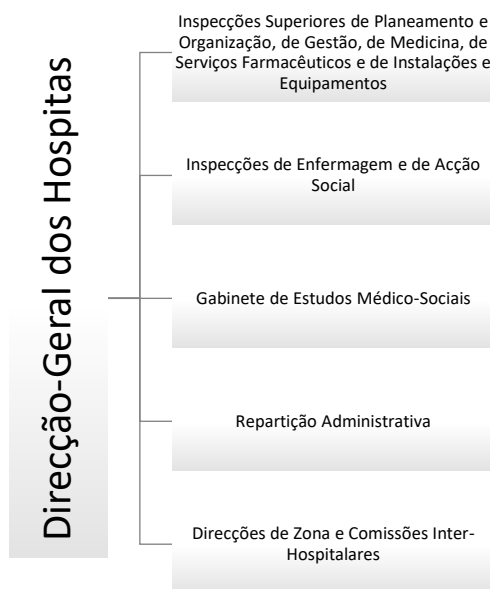
<sup>1337</sup> Cf. Política Hospitalar, p. 244.

<sup>1338</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46310. *Diário do Governo. I Série.* 92 (1965-04-27), p. 504.

<sup>1339</sup> Cf. PORTARIA nº. 21371. *Diário do Governo. I Série.* 145 (1965-07-02), p. 894.

<sup>1340</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46698. *Diário do Governo. I Série.* 275 (1965-12-04), p. 1605.

“subutilização dos nossos meios hospitalares”<sup>1341</sup>. Nesse sentido, o ministro da Saúde e Assistência passava a poder estabelecer, em hospitais e serviços, o “regime de presença médica constante”, através da implementação de turnos de pessoal<sup>1342</sup>.



**Org. 21:** Orgânica da *Direcção-Geral dos Hospitais*, segundo o Decreto-Lei nº. 46310 (1965).

Ainda em 1965, foi criada, junto da *Direcção-Geral dos Hospitais*, uma Comissão Médica dos Hospitais Gerais. Esta seria composta pelos inspectores superiores de medicina da Direcção-Geral, um representante da *Faculdade de Medicina*, o bastonário da *Ordem dos Médicos*, o enfermeiro-mor dos *Hospitais Cíveis de Lisboa*, os directores clínicos dos restantes hospitais gerais e um director-clínico dos hospitais regionais por zona hospitalar. Esta comissão tinha funções de estudo e de consulta, sendo ouvida sobre planos nacionais ou regionais de organização médica e sobre programas de reorganização dos serviços médicos dos hospitais gerais<sup>1343</sup>.

No relatório correspondente ao *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, é possível observar a evolução do programa de construções hospitalares, até 1965. Notava-se, pois, uma ampla acção em matéria de hospitais sub-regionais, não havendo sido possível avançar com os hospitais regionais, segundo ditava o documento.

<sup>1341</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46698, p. 1605.

<sup>1342</sup> Ibidem, p. 1605.

<sup>1343</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 21729. *Diário do Governo. I Série*. 285 (1965-12-17), p. 1685.

O mesmo estudo registava uma crescente procura de cuidados médicos nos hospitais centrais e regionais, bem como uma maior confiança nessas unidades. Por seu turno, os hospitais sub-regionais apresentavam uma procura estacionária, não oferecendo meios de acção suficientes, não obstante o esforço de construção e apetrechamento neles envolvido. A taxa de ocupação recomendada era largamente ultrapassada nos hospitais centrais, quase certa nos hospitais regionais e muito baixa nos hospitais sub-regionais. Era, pois, segundo o documento, necessário rever a concepção destes últimos, tendendo para unidades simples, de acção curativa e preventiva<sup>1344</sup>.

Em termos de transporte, existiam ambulâncias terrestres em número quase satisfatório (474), mas também uma desigual distribuição geográfica, com uma maior concentração destes meios nas grandes cidades. Do ponto de vista dos recursos humanos, o número de médicos, segundo o documento, aproximava-se da suficiência, sendo aceite o índice de um médico por 1000 habitantes. Contudo, observava-se desigual distribuição geográfica e carência de especialistas. Da mesma forma, observava-se uma carência de enfermeiros, necessitando claramente de uma aposta na sua formação<sup>1345</sup>.

Neste sentido, os principais objectivos de acção para o triénio 1965-1967, seriam a construção, a remodelação e a conclusão dos hospitais regionais e o seu apetrechamento, bem como a conclusão das obras em curso nos hospitais sub-regionais. A criação e o desenvolvimento de centros de recuperação, a reorganização dos centros de enfermagem, a preparação do pessoal e a fixação de médicos fora das grandes cidades, e a melhoria da rede de transporte de doentes eram outros dos objectivos propostos no *Plano Intercalar de Fomento*.

Neto de Carvalho, num discurso proferido nos *Hospitais da Universidade de Coimbra*, em Janeiro de 1965, considerava os hospitais regionais como a pedra angular da organização sanitária, assegurando os cuidados clínicos fundamentais da sua zona e defendendo os hospitais centrais de uma procura excessiva. Da mesma forma, o ministro acreditava que estas unidades permitiam fixar mais médicos e o restante pessoal em diversos distritos do país. Na sua opinião, era necessária uma reorganização da *Direcção-Geral dos Hospitais*, como departamento técnico altamente categorizado,

---

<sup>1344</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967* p. 1024.

<sup>1345</sup> IDEM – *Ibidem* p. 1024.

pronto a dar apoio aos estabelecimentos hospitalares, num quadro de actualização dos serviços do *Ministério da Saúde e Assistência*<sup>1346</sup>.

Em discurso proferido pela ocasião da tomada de posse do director dos serviços clínicos do *Hospital de Santa Maria*, Neto de Carvalho definia as medidas de execução da política hospitalar do seu ministério. A reorganização dos serviços de urgência dos hospitais centrais, a redução da duração de internamento dos doentes (pela agilização do prazo de entrega de RX, análises e outros meios complementares de diagnostico), a abertura do internato hospitalar a todos os recém-licenciados em medicina, o início de uma experiência de assistência médica permanente nos hospitais, a melhoria da rede nacional de transportes de doentes e o início de funcionamento do transporte de sinistrados na cidade de Lisboa, eram algumas das medidas anunciadas. A estas se juntariam os programas de construção e remodelação de novas unidades hospitalares, especialmente o programa relativo aos hospitais regionais, e os programas de reapetrechamento hospitalar<sup>1347</sup>.

Ainda em 1965, foi publicado o *Regime Financeiro dos Serviços e Instituições de Natureza Hospitalar*. Nele, observamos o encaminhamento que começava a ser efectuado aos doentes. Numa primeira análise, a assistência devia-se efectuar nos serviços ou instituições da sub-região hospitalar, correspondente ao domicílio de socorro do assistido. Em caso de insuficiência daqueles serviços, essa assistência era prestada na região respectiva, ou ainda na zona, se fosse necessário. A insuficiência de meios para a assistência local era declarada ou justificada pelos serviços ou instituições próprios de cada região ou sub-região hospitalar ou, na sua falta, pelo subdelegado de saúde. Nas sedes das zonas hospitalares e junto dos hospitais regionais existiam serviços encarregados de encaminhar os doentes para os estabelecimentos adequados<sup>1348</sup>.

O crescimento da importância atribuída aos hospitais regionais era francamente observável através do Decreto-Lei nº. 46308, que estabelecia o regime de construção e remodelação destes hospitais. Era estabelecido um plano nacional de prioridade, atendendo ao estado dos edifícios, às necessidades das populações e à possibilidade de melhor utilização dos estabelecimentos. Dependia da autorização do *Ministério da*

---

<sup>1346</sup> Cf. Política Hospitalar II, p. 45.

<sup>1347</sup> Cf. Política Hospitalar. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XVI, nº. 158-159-160, Agosto, Setembro, Outubro, 1965, p. 7-8.

<sup>1348</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46301. *Diário do Governo. I Série*. 92 (1965-04-27), p. 488-490.

*Saúde e Assistência* a entrada em funcionamento de hospitais ou serviços cujas instalações fossem novamente construídas ou remodeladas, e o aumento ou redução das lotações dos serviços<sup>1349</sup>.

Em 1968, foi publicado o *III Plano de Fomento para 1968-1973*. No documento, a assistência hospitalar não passava despercebida, mostrando-nos o panorama do país em termos estatísticos, reportando-se a dados de 1964. A grande maioria dos hospitais portugueses e do total de camas eram pertença dos hospitais sub-regionais. O seu índice global de camas era considerado baixo, apresentando apenas os hospitais regionais uma percentagem de ocupação próxima do valor aconselhável. Os hospitais centrais e sub-regionais afastavam-se daquele padrão, os primeiros por excesso e os últimos por defeito. A zona sul era a que dispunha de melhor cobertura global, sendo a zona norte menos favorecida<sup>1350</sup>.

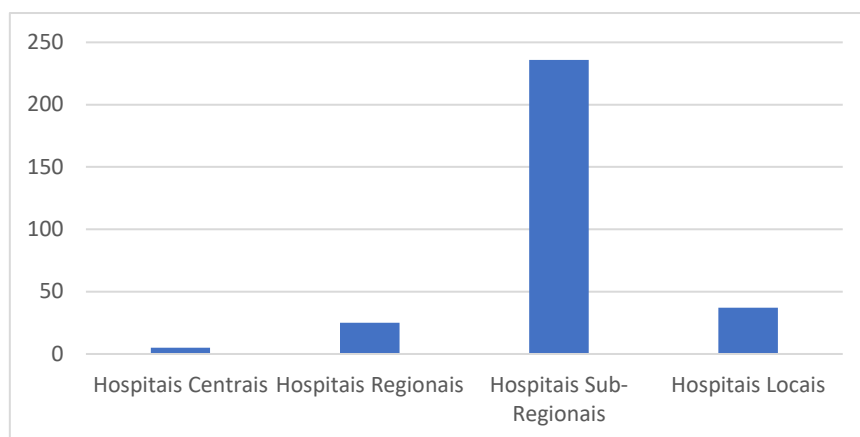
Como podemos observar através dos dados estatísticos revelados por este diploma, os hospitais regionais eram aqueles que disponibilizavam menos camas, sendo os hospitais sub-regionais aqueles que ofereciam mais leitos, numa perspectiva de crescimento. No que era relativo aos dias de internamento, nos hospitais sub-regionais o número de dias decresceria acentuadamente, entre 1958 e 1961. Ao invés, a realidade observada nos hospitais centrais, durante o mesmo período, seria de um aumento do total de dias de internamento, compatível com a sua crescente especialização. Do ponto de vista da ocupação, os hospitais centrais aproximavam-se dos 100% de ocupação, com uma tendência crescente, também ela verificada nos hospitais regionais, embora estes últimos com uma taxa de ocupação considerada próxima da ideal, na ordem dos 70%. Apenas os hospitais sub-regionais apresentavam uma ocupação insuficiente, com tendência a decrescer em mercê dos seus insuficientes meios de resposta às necessidades sanitárias da população.

---

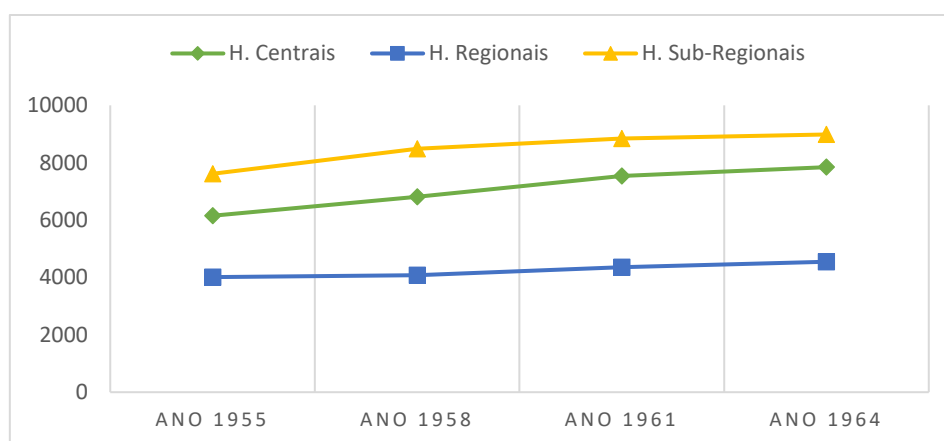
<sup>1349</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 46308. *Diário do Governo. I Série.* 92 (1965-04-27), p. 503.

<sup>1350</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8901.

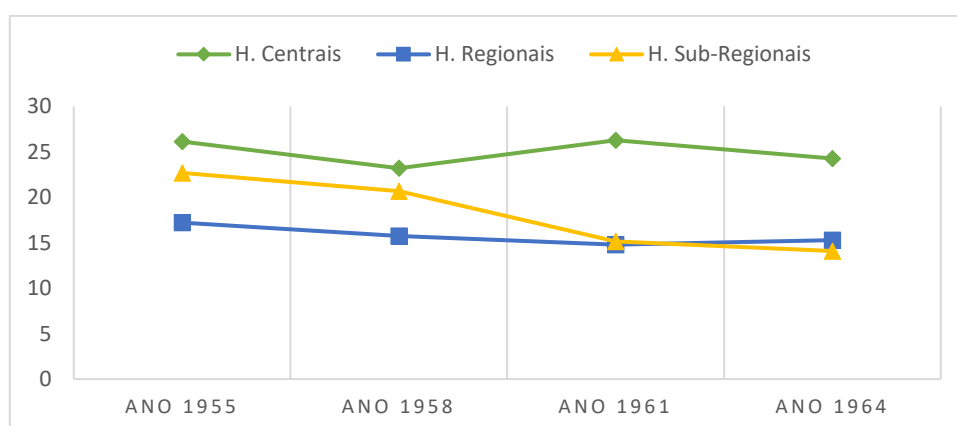




**Gráf. 81:** Total de hospitais gerais segundo a sua tipologia (1964) [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*]<sup>1351</sup>.



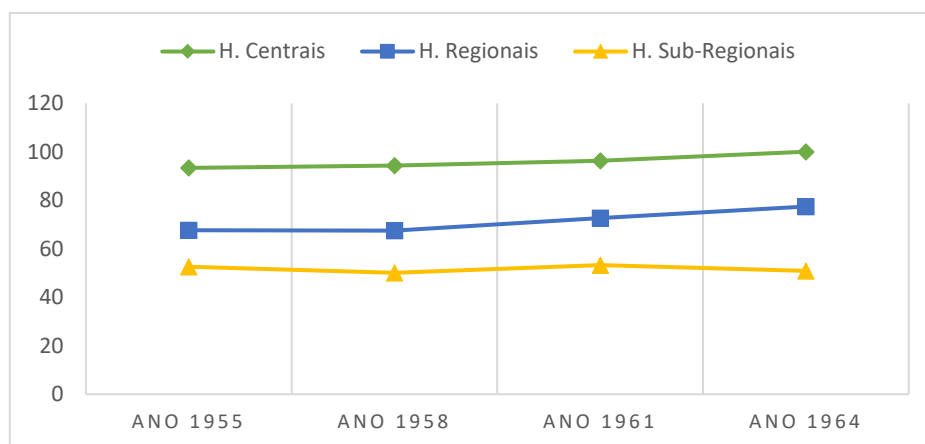
**Gráf. 82:** Evolução do total de camas nos hospitais, por tipologia (1955-1964) [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*]<sup>1352</sup>.



**Gráf. 83:** Evolução do total de dias de internamento (1955-1964) [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*]<sup>1353</sup>.

<sup>1351</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1352</sup> Idem.



**Gráf. 84:** Evolução da percentagem de ocupação dos hospitais (1955-1964) [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*]<sup>1354</sup>.

O mesmo documento alertava para a necessidade de uma reorganização da *Direcção-Geral dos Hospitais* e dos hospitais propriamente ditos, com a publicação do *Estatuto Hospitalar* e do *Regulamento Geral dos Hospitais*. Era, da mesma forma necessário, como consta no diploma, um aumento do total e da qualidade das camas hospitalares, que passava pela construção de dois hospitais centrais, em Coimbra e Lisboa com 800 camas/cada, e de mais 15 hospitais regionais. Os problemas com o pessoal eram também preocupantes, ao nível da formação, remuneração e aperfeiçoamento profissional. Tornavam-se necessários esquemas de fixação de pessoal na periferia, uma reorganização do ensino da enfermagem geral e especializada, uma melhoria dos vencimentos do pessoal e um amplo plano de bolsas de estudos para a formação de médicos e enfermeiros<sup>1355</sup>.

A necessidade da publicação do *Estatuto Hospitalar* parecia basear-se numa profunda mutação social observável na fase final da década de sessenta, mutação social com claras repercussões assistenciais a nível hospitalar, tendo em conta que o hospital era considerado a “célula vital” de todo o sistema. Estas alterações sociais pareciam estar ligadas a uma série de factores: uma maior percepção, por parte da população, do direito à saúde, uma afirmação da previdência enquanto esquema válido de protecção social, a substituição da medicina privada e individualista por uma medicina socializada

<sup>1353</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1354</sup> *Idem*.

<sup>1355</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8910.

e organizada. Nesse sentido, a medicina hospitalar, de tipo caritativo e destinada aos economicamente débeis, passava a ser oferecida e procurada por doentes de todos os estratos sociais<sup>1356</sup>.

Em 1968, foi publicado o *Estatuto Hospitalar*, cujo objectivo era fixar pontos essenciais, apontar tendências e indicar directivas. Para a sua execução, foram obtidos pareceres da Corporação da Assistência, da *Ordem dos Médicos*, da Comissão Médica dos Hospitais Gerais e de provedores e directores clínicos dos hospitais centrais, regionais e sub-regionais. O diploma considerava que a organização hospitalar era de interesse público, sendo o seu bom funcionamento de uma importância cabal para a vida do país, pois estava em causa a saúde das populações. Para tal, era necessário elaborar e realizar uma adequada programação da actividade hospitalar, de modo a permitir a mais conveniente cobertura do país e a concentração de meios materiais e humanos, a criação de carreiras para médicos e outro pessoal técnico, e a reorganização das estruturas dos serviços para um pleno aproveitamento das unidades existentes<sup>1357</sup>.

A reorganização das estruturas deveria atender ao desenvolvimento da gestão hospitalar e à coordenação dos serviços de assistência médica, que permitissem que os doentes fossem tratados com rapidez, “não ocupando desnecessariamente camas hospitalares”<sup>1358</sup>, significando maior benefício para a população, menor custo de tratamento e maior capacidade de internamento. Da mesma forma, a legislação considerava preservar a natureza e os fins das instituições de assistência particular que exercessem actividades hospitalares, nomeadamente as Santas Casas, às quais cabia actualizar os respectivos estabelecimentos, de acordo com os princípios indicados por esta legislação.

No que respeitava à organização do sistema, esta legislação desenvolvia os princípios da Lei nº. 2011, que o dividia em zonas, regiões e sub-regiões hospitalares. O transporte de doentes aparecia, neste diploma, como uma actividade complementar da organização hospitalar. O transporte de doentes para os locais onde deviam ser assistidos, bem como o regresso, eram consideradas actividades de interesse público. Os hospitais podiam abonar os doentes gratuitos e porcionistas com as despesas de

---

<sup>1356</sup> Cf. J.M.C.S., *op. cit.*, p. 123.

<sup>1357</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 48357. *Diário do Governo. I Série.* 101 (1968-04-27), p. 600.

<sup>1358</sup> *Ibidem*, p. 601.

transporte para o regresso ao domicílio, devendo ser reembolsados para tal pelas câmaras municipais.

Estabelecimentos ou Serviços Hospitalares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais gerais e especializados;</li> <li>• Centros médicos especializados;</li> <li>• Centros de reabilitação;</li> <li>• Hospitais de convalescentes e de internamento prolongado;</li> <li>• Postos de consulta ou de socorros.</li> </ul>

**Tab. 26:** Tipologia dos estabelecimentos ou serviços hospitalares, de acordo com o Decreto-Lei nº. 48357 (1968).

Os estabelecimentos e serviços pertencentes ao Estado ou à mesma instituição passavam a poder constituir grupos ou centros hospitalares com administração central comum. Por seu turno, a acção dos estabelecimentos e serviços hospitalares passava a ser considerada, simultaneamente, médica e social. Da mesma forma, era considerada importante a cooperação entre a clínica privada e a realizada em estabelecimentos ou serviços de natureza hospitalar. Era dever de todos os hospitais, colaborar na investigação das ciências médicas sociais e de administração hospitalar, podendo, para tal, criar-se centros ou institutos de investigação nestas instituições<sup>1359</sup>.

O *Estatuto Hospitalar* mantinha a natureza e os objectivos das instituições de assistência particular que exerciam actividades hospitalares, desde que essas se continuassem a actualizar de forma a corresponderem às exigências que lhe eram postas. A existência de uma norma de cooperação entre a clínica privada e a realizada em serviços hospitalares correspondia à colaboração entre dois esquemas reveladores de dois sistemas sociais opostos: “um de feição fortemente burguesa, o outro, próprio de sociedades desenvolvidas e progressivas”<sup>1360</sup>.

O mesmo diploma reclamava que a assistência hospitalar obedecesse a várias directrizes. Da mesma forma, o acesso aos cuidados hospitalares devia ser facilitado aos que deles necessitassem, através de várias medidas. Era necessário manter centrais

<sup>1359</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 48357, p. 602.

<sup>1360</sup> Cf. J.M.C.S., *op. cit.*, p. 126.

destinadas a orientar os doentes para os serviços mais adequados à sua situação clínica, fomentar a estruturação de um bom sistema de transporte de doentes. Era, ainda, essencial que os encargos com a assistência não excedessem, para os doentes e respectivos agregados familiares, o justo limite da sua capacidade económica e a promoção da ligação entre a organização hospitalar dependente do *Ministério da Saúde e Assistência* e os serviços médicos dependentes de outros ministérios<sup>1361</sup>. Além disso, a situação económico-social do doente, bem como o grau de responsabilidade nos encargos com a assistência não deveriam influir na ordem de prioridade para admissão nos serviços<sup>1362</sup>.

O *Ministério da Saúde e Assistência* passava, da mesma forma, a desenvolver funções de planeamento hospitalar, através da *Direcção-Geral dos Hospitais*. De entre as suas funções, neste âmbito, cabia a verificação sistemática e permanente das necessidades da população em termos de serviços hospitalares, o estudo e preparação de planos nacionais e regionais de cobertura hospitalar para acorrer às necessidades da população, e a sua respectiva execução. Para tal, tornava-se necessário promover a concentração dos investimentos, garantir aos estabelecimentos da periferia condições mínimas de capacidade e de qualidade dos serviços e facilitar a complementaridade de todos os serviços. Nesse sentido, poderiam ser criados grupos de técnicos funcionando junto das autoridades competentes.

<b>Directrizes da Assistência Hospitalar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O seu fim primário é o tratamento e a reabilitação dos doentes;</li> <li>• O internamento hospitalar só deve ser usado quando a assistência não possa ser prestada no domicílio ou em ambulatório;</li> <li>• A especialização dos hospitais e serviços deve ser restringida aos casos tecnicamente indispensáveis;</li> <li>• Cada hospital/serviço deve funcionar como um todo orgânico, com uma concentração de meios e o mais económico aproveitamento;</li> <li>• Os departamentos técnicos devem funcionar integradamente;</li> <li>• A continuidade médica e administrativa da assistência hospitalar deve ser assegurada quando o doente tenha de ser transferido entre hospitais/serviços;</li> <li>• A prioridade na admissão aos cuidados hospitalares deve basear-se em critérios médicos;</li> <li>• A assistência hospitalar não termina necessariamente com a alta hospitalar. Os serviços hospitalares devem manter o contacto com o doente até que este volte à vida activa, para efectuar revisões ou questionários.</li> </ul>

**Tab. 27:** Directrizes da assistência hospitalar, segundo o *Estatuto Hospitalar* (1968).

<sup>1361</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 48357, p. 602.

<sup>1362</sup> Cf. J.M.C.S., *op. cit.*, p. 127.

Competências da D.G. Hospitais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizar a criação, extinção ou transformação dos hospitais, em conformidade com os planos de cobertura hospitalar;</li> <li>• Autorizar a entrada em funcionamento de hospitais/serviços cujas instalações sejam construídas, ampliadas ou remodeladas;</li> <li>• Aprovar projectos de obras de construção, ampliação ou remodelação, quando não corram pelo M.O.P. e dar parecer sobre os elaborados por este departamento;</li> <li>• Aprovar os esquemas de serviços de assistência e de apoio geral de cada unidade e sua alteração;</li> <li>• Aprovar a lotação daquele serviço/departamento e as alterações permanentes introduzidas;</li> <li>• Prestar assistência técnica às administrações.</li> </ul>

**Tab. 28:** Competências da *Direcção-Geral dos Hospitais* em termos de organização hospitalar, segundo o Decreto-Lei nº. 48357 (1968).

Cabia, ainda, à *Direcção-Geral dos Hospitais* a publicação do inventário geral da organização hospitalar e a sua revisão periódica. O documento deveria conter a enumeração e descrição técnica dos estabelecimentos e serviços que se integravam na organização hospitalar e que viriam a ser criados. Estas organizações recebiam assistência técnica e financiamento do Estado. Apenas os estabelecimentos inscritos neste inventário poderiam utilizar a designação de «hospital».

Em termos de regime jurídico, os hospitais gerais oficiais gozavam de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, sempre que tal lhes era concedido nos diplomas orgânicos, nos termos da legislação vigente ou em portaria do *Ministério da Saúde e Assistência*. No sentido de alcançar uma maior eficiência técnica e social, estes estabelecimentos, segundo o diploma, deveriam organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, “garantindo à colectividade o mínimo custo económico no seu funcionamento”<sup>1363</sup>.

Em termos organizativos, os hospitais eram estruturados em serviços, que deveriam constituir um conjunto de actuação coordenada e integrada, podendo ser classificados em serviços de assistência e serviços de apoio geral. Com autonomia e responsabilidade técnica, todos ficavam sujeitos à orientação geral emanada dos órgãos de administração e de direcção técnica dos estabelecimentos, aos quais respondiam. Cada serviço deveria possuir um director, chefe ou encarregado, que representasse a administração. Para estabelecer a ligação entre os serviços deveriam ser constituídos

<sup>1363</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 48357, p. 606.

grupos ou comissões interserviços permanentes ou pontuais. Estes serviços deveriam funcionar em regime de presença médica constante<sup>1364</sup>.

Segundo o *Estatuto Hospitalar*, a construção e a grande remodelação de edifícios para estabelecimentos e serviços hospitalares deveriam obedecer a planos gerais de prioridades, nos quais se atenderiam ao estado das instalações, às necessidades das populações e às possibilidades de melhor utilização. As administrações dos hospitais oficiais podiam efectuar directamente obras de reparação e beneficiação nos seus estabelecimentos, bem como obras de instalação ou remodelação dos equipamentos, desde que não ultrapassassem os 200 contos e o dispêndio fosse comportado nos orçamentos privativos<sup>1365</sup>.

Ainda em 1968, foi publicado o *Regulamento Geral dos Hospitais*, que estabelecia a organização e o funcionamento dos hospitais gerais. Mais uma vez, estas instituições eram consideradas de interesse público, com o objectivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação à população, bem como colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

Esta legislação estabelecia nova classificação para hospitais regionais e sub-regionais, de acordo com o número de camas que possuísem. Os hospitais sub-regionais eram considerados unidades primárias de organização, assegurando a assistência médica à população da periferia. Os hospitais sub-regionais do grupo III, com menos de 50 camas, funcionavam como centros de saúde, prestando cuidados de medicina curativa geral, de saúde pública e de cobertura social, sempre que possível em coordenação com as casas do povo e dos pescadores<sup>1366</sup>.

Da mesma forma, o documento estabelecia as carreiras hospitalares, agrupando o pessoal em pessoal dirigente (técnico superior, médio e auxiliar), pessoal administrativo, pessoal oficial e equiparado, e pessoal menor. Da mesma forma, hierarquizava a carreira de administração hospitalar nos hospitais centrais. Esta seria constituída pelos chefes de serviço administrativo, administrador, administrador-geral e provedor. Nos hospitais regionais, a carreira abrangia, apenas, o lugar de administrador.

---

<sup>1364</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 48357, p. 611.

<sup>1365</sup> Ibidem, p. 611.

<sup>1366</sup> Cf. DECRETO n.º 48358. *Diário do Governo. I Série*. 101 (1968-04-27), p. 612.

Da mesma forma, seria gizada a carreira médica hospitalar e a carreira farmacêutica hospitalar.

Hospitais Regionais	Hospitais Sub-Regionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I) 400 ou + camas;</li> <li>• II) De 300 a 399 camas;</li> <li>• III) Menos de 300 camas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I) 100 camas ou +;</li> <li>• II) De 50 a 99 camas;</li> <li>• III) Os restantes</li> </ul>

**Tab. 29:** Classificação dos hospitais regionais e sub-regionais segundo o número de camas, de acordo com o *Regulamento Geral dos Hospitais* (1968).

Da mesma forma, os doentes assistidos nos hospitais eram também alvo de classificação. Quanto à responsabilidade pela sua assistência médica, podiam ser doentes comuns ou particulares. Quanto à comparticipação nos encargos da assistência poderiam ser pensionistas, porcionistas ou gratuitos. Os doentes comuns eram aqueles que confiavam a responsabilidade da sua assistência médica ao hospital e à sua organização. Os doentes privados eram aqueles que escolhiam o médico responsável. Estes últimos eram sempre considerados pensionistas, podendo ser recebidos nos quartos particulares, nas consultas e nos serviços complementares de diagnóstico, bem como nas camas para tal reservadas nas enfermarias<sup>1367</sup>.

Esta legislação previa, ainda, a criação de “clínicas abertas”, que funcionavam nos hospitais que dispusessem de instalações adequadas, nas quais os médicos não hospitalares inscritos poderiam internar e tratar os seus doentes privados. Na verdade, os doentes eram admitidos de forma ordinária ou de urgência, a pedido ou compulsivamente. A admissão ordinária era precedida da organização do respectivo processo. A admissão urgente era fundamentada na assistência imediata ao doente. A admissão a pedido era concedida por solicitação do doente, dos seus familiares ou do médico assistente. Por fim, a admissão compulsiva era imposta nos casos previstos por lei. Estas admissões eram determinadas pelos médicos responsáveis pelos serviços através dos quais se efectuavam, bem como pelos directores-clínicos<sup>1368</sup>.

<sup>1367</sup> Cf. DECRETO n.º. 48358, p. 614.

<sup>1368</sup> Ibidem, p. 618.



Em cada serviço hospitalar de internamento, deveria existir uma lista de espera, na qual eram inscritos os doentes que aguardavam admissão ordinária. A chamada dos doentes deveria ser realizada por ordem de inscrição nessa lista. Os hospitais centrais possuíam funções próprias de assistência médica, de ensino e de investigação científica. Competia-lhes, ainda, colaborar com os serviços de saúde pública na educação sanitária das populações e nos planos de prevenção da doença. Cabia-lhes, igualmente, assistir os doentes que não podiam ser diagnosticados ou tratados pelos demais hospitais das suas zonas. Estes hospitais possuíam, ainda, responsabilidade de apoio técnico a todos os serviços hospitalares gerais da sua zona. Os hospitais sub-regionais da região sede de zona podiam funcionar como prolongamento dos serviços de internamento dos hospitais centrais<sup>1369</sup>.

Do ponto de vista dos órgãos de administração e dos órgãos de direcção técnica dos hospitais centrais, regionais e sub-regionais, encontramos maior variabilidade entre os primeiros. Nos hospitais centrais, a figura máxima era o provedor que, nos *Hospitais Civis de Lisboa*, mantinha a designação de enfermeiro-mor. Nas suas faltas e impedimentos, o provedor era substituído pelo administrador-geral ou pelo administrador. O Conselho de Administração era presidido pelo provedor, possuindo vários vogais, na área da administração, da direcção clínica e de enfermagem, que diferiam segundo o hospital. Cabia-lhe pronunciar-se sobre os planos gerais de actividade apresentados anualmente pelo provedor, propor ou adoptar medidas necessárias à melhoria da orgânica e funcionamento dos serviços, aprovar e fiscalizar o orçamento e contas da gerência, fiscalizar a cobrança das receitas e o pagamento das despesas, tomar providências quanto à conservação do património do hospital<sup>1370</sup>.

Nos hospitais regionais e sub-regionais aparecem, como órgão máximo da administração, as mesas das misericórdias. Estas mesas possuíam competências análogas aos Conselhos de Administração dos hospitais centrais, podendo decidir processos de aquisição de valor superior a 50 contos. Por seu turno, o provedor assumia a primeira responsabilidade pela realização dos fins do hospital, dentro das orientações gerais da Mesa e de acordo com as políticas emanadas do *Ministério da Saúde e Assistência*, podendo decidir os processos de aquisição até 50 contos. O provedor poderia delegar funções no administrador. Nos hospitais sub-regionais, este é apelidado

---

<sup>1369</sup> Cf. DECRETO n.º. 48358, p. 617.

<sup>1370</sup> Ibidem, p. 618.

de “gerente”. Este último era o órgão permanente da administração do hospital, executor das deliberações da Mesa que não coubessem ao provedor e das determinações deste.

Relativamente aos órgãos de Direcção Técnica, estes parecem ser idênticos em todas as tipologias de hospitais. O director clínico coordenava toda a assistência prestada aos doentes, orientando especialmente a acção médica. O Conselho Técnico era presidido pelo provedor e, na sua falta, pelo director clínico, possuindo vários vogais, na área da administração, da clínica, da farmácia e da assistência social. A este órgão competia apresentar um relatório anual sobre o rendimento e a eficiência de todos os serviços, propondo as medidas mais adequadas, pronunciar-se sobre o plano anual de actividades, bem como sobre a criação, extinção ou modificação de serviços, revendo anualmente o seu esquema e as suas lotações. Eram, ainda, atribuições deste órgão o pronunciamento sobre regulamentos internos, o parecer sobre os mais diversos assuntos apresentados e a efectivação de sugestões para a melhoria técnica dos serviços e para o aumento da sua eficiência<sup>1371</sup>.

A comissão médica era constituída pelos directores dos serviços de acção médica de cada hospital, sob a presidência do director clínico. A esta comissão competia avaliar o rendimento médico do hospital, fomentar a cooperação entre serviços médicos e entre estes e os restantes, propor medidas para o aperfeiçoamento científico dos médicos, avaliar princípios de deontologia médica, dar parecer sobre queixas e reclamações da assistência prestada aos doentes<sup>1372</sup>.

Cristiano Nina, num longo artigo publicado no Jornal *O Médico*, em 1969, traçava um quadro pessimista sobre a assistência hospitalar portuguesa. Segundo o autor, “a assistência hospitalar portuguesa não tem melhorado genericamente, nem por este caminho tenderá a melhorar”<sup>1373</sup>. O médico apontava várias razões para o seu pessimismo, sublinhando que, com o aumento populacional e com a consciencialização das suas necessidades assistenciais, o problema hospitalar atingia uma acuidade jamais ultrapassada. Na sua opinião, a mera construção de edifícios era insuficiente, dado que a

---

<sup>1371</sup> Cf. DECRETO n.º. 48358, p. 618.

<sup>1372</sup> Ibidem, p. 619.

<sup>1373</sup> Cf. NINA, Cristiano – Sobre Política Hospitalar: Depoimento do Dr. Cristiano Nina. Separata de *O Médico*, 943. [s.n;s.l.], 1969, p. 590.

assistência hospitalar era uma “delicada tarefa” funcional, de “crescentes exigências técnicas e rigorosamente dependente da aptidão do corpo clínico e de enfermagem”<sup>1374</sup>.

Hospitais Centrais	Hospitais Regionais	Hospitais Sub-regionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Órgãos de Administração:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a) Provedor</li> <li>• b) Conselho de Administração</li> <li>• c) Administrador</li> </ul> </li> <li>• <b>Órgãos de Direcção Técnica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a) Director Clínico</li> <li>• b) Conselho Técnico</li> <li>• c) Comissão Médica</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Órgãos de Administração:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a) Mesa da Misericórdia</li> <li>• b) Provedor</li> <li>• c) Administrador</li> </ul> </li> <li>• <b>Órgãos de Direcção Técnica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a) Director Clínico</li> <li>• b) Conselho Técnico</li> <li>• c) Comissão Médica</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Órgãos de Administração:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a) Mesa da Misericórdia ou Direcção da Instituição</li> <li>• b) Provedor</li> <li>• c) Gerente ou Cartorário</li> </ul> </li> <li>• <b>Órgãos de Direcção Técnica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a) Director Clínico</li> <li>• b) Conselho Técnico</li> <li>• c) Comissão Médica</li> </ul> </li> </ul>

**Tab. 30:** Órgãos de administração e de direcção técnica dos hospitais centrais, regionais e sub-regionais, segundo o Decreto nº. 48358 (1968).

Para a constituição de uma rede hospitalar digna desse nome, Cristiano Nina defendia uma judiciosa distribuição de doentes, segundo a sua gravidade, e um cabal aproveitamento das instituições mais dotadas e especializadas. Observava-se uma disseminação do equipamento técnico condenado, contudo, a um escasso rendimento por falta de recursos humanos especializados para o utilizar.

No mesmo artigo, o autor apontava uma série de requisitos basilares para a implementação de uma orgânica hospitalar de sucesso. O primeiro desses requisitos seria a consciencialização do hospital enquanto instituição medico-social, acessível e atraente a todas as classes populacionais. Para tal, tornava-se necessária a centralização dos recursos hospitalares, de instalações, equipamentos e recursos humanos. Sem essa centralização continuaria a observar-se múltiplas instituições mal dotadas de equipamentos e pessoal, “prestadoras de uma assistência médica socialmente insatisfatória e tecnicamente medíocre”<sup>1375</sup>. O hospital teria de ser uma instituição não lucrativa, altamente técnica, cujo financiamento não poderia estar a cargo de eventuais

<sup>1374</sup> Cf. NINA, Cristiano – Sobre Política Hospitalar: Depoimento do Dr. Cristiano Nina, p. 590.

<sup>1375</sup> IDEM – Ibidem, p. 593.

subsídios do governo ou de donativos, “mas sim financiada em regime *per capita* generalizado a todos os assistidos”<sup>1376</sup>.

Cristiano Nina era também contrário à gestão autónoma dos serviços de saúde da previdência, considerados um verdadeiro “Estado dentro do Estado”, causando duplicações inconvenientes. Por tal, o autor sugeria a unificação da prestação de cuidados de saúde à população em serviços dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*. Em alternativa, o médico sugeria, ainda, a unificação dos cuidados de saúde da população entregues aos *Serviços Médico-Sociais da Federação*, solução que, contudo, descrevia como ilógica e arriscada. Era, pois, tempo de abolir a “injustiça social” de dividir a população portuguesa entre beneficiários e desprotegidos, atingindo a finalidade de proporcionar a todos os portugueses, em qualquer local e em qualquer momento, os cuidados médicos de que necessitassem<sup>1377</sup>.

Ainda em 1967, seriam criados os *Serviços de Utilização Comum dos Hospitais* (S.U.C.H.). A criação deste organismo, de traços originais, encontrava justificação no acréscimo da rentabilidade destas instituições. Nascia da ideia de associar várias unidades que exercessem funções hospitalares, tanto de âmbito oficial como de âmbito particular, pondo em comum disponibilidades financeiras que permitissem a aquisição e manutenção do equipamento hospitalar. Esta organização possuía um vasto campo de acção, indo desde a gestão administrativa, à contabilidade, à estatística, aos problemas da farmácia, à consulta jurídica ou à preparação do pessoal<sup>1378</sup>.

Durante o primeiro ano de actividade aderiram aos S.U.C.H. 102 instituições. Estes serviços dividiam-se em 3 secções regionais (norte, centro e sul), dirigidas pelos directores das respectivas zonas hospitalares, estruturando-se em várias divisões técnicas. Estas últimas poderiam ser de contabilidade e estatística, de instalações e equipamentos (a mais completa e estruturada), preparação de pessoal, farmácia e serviços industriais, gestão e aquisições, consulta jurídica e procuradoria.

---

<sup>1376</sup> Cf. NINA, Cristiano – Sobre Política Hospitalar: Depoimento do Dr. Cristiano Nina, p. 593.

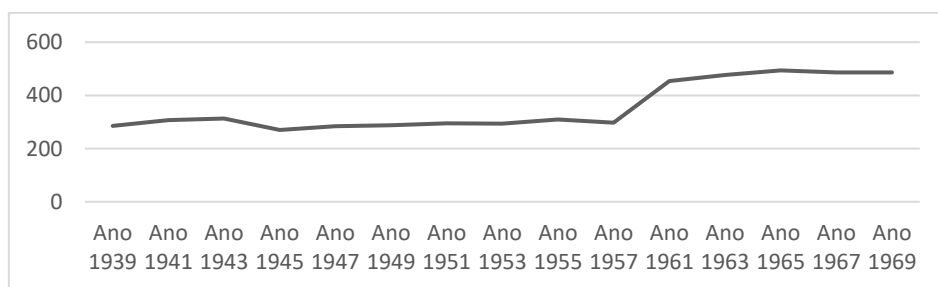
<sup>1377</sup> IDEM - Ibidem, p. 595.

<sup>1378</sup> Cf. Serviços de utilização comum dos hospitais (SUCH). In *MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – Informação social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 7 (Julho-Setembro 1967), p. 124-125.

## 1.4. A Evolução dos Cuidados de Saúde Hospitalares

Através de variados dados estatísticos, tentaremos delinear a realidade dos cuidados hospitalares prestados em Portugal. Em primeiro lugar, há que traçar a evolução do total de hospitais gerais durante o período em estudo. Conseguimos congregiar dados para o período entre 1939 e 1969. Através deles, concluímos ter existido, até 1943, um crescimento do total destas estruturas, atingindo a cifra das 300. Contudo, entre meados da década de quarenta até ao final da década de cinquenta, o total de hospitais gerais parece ter-se mantido estacionário. É a partir do ano de 1957 que observamos um crescimento abrupto do total destas instituições, na ordem das 450, num incremento de 50% destas estruturas, cuja consolidação se manteria durante a década de sessenta<sup>1379</sup>.

Em comparação com outras estruturas sanitárias, como maternidades, sanatórios, dispensários e outros, até 1945, podemos considerar que os hospitais gerais eram as estruturas sanitárias mais numerosas. Contudo, a partir dessa data, os postos médicos passavam a liderar, ultrapassando os hospitais, a este nível. Do ponto de vista da sua distribuição pelo país, podemos concluir, pela análise ao gráfico 86 que a grande maioria dos estabelecimentos hospitalares se concentravam em Lisboa essencialmente. Lisboa era seguida pelo Porto, embora com totais muito mais modestos. Apesar da tendência de crescimento destas estruturas em quase todos o país, os distritos menos dotados, a este nível, seriam os de Vila Real, Viana do Castelo, Guarda e Bragança<sup>1380</sup>.

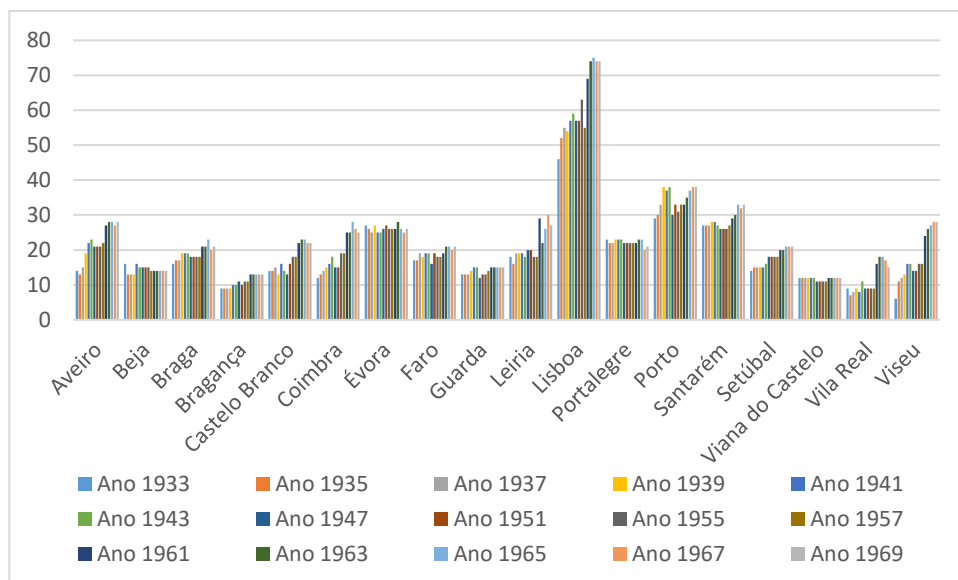


**Gráf. 85:** Evolução do total de hospitais gerais em Portugal (1939-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1940-1970)]<sup>1381</sup>.

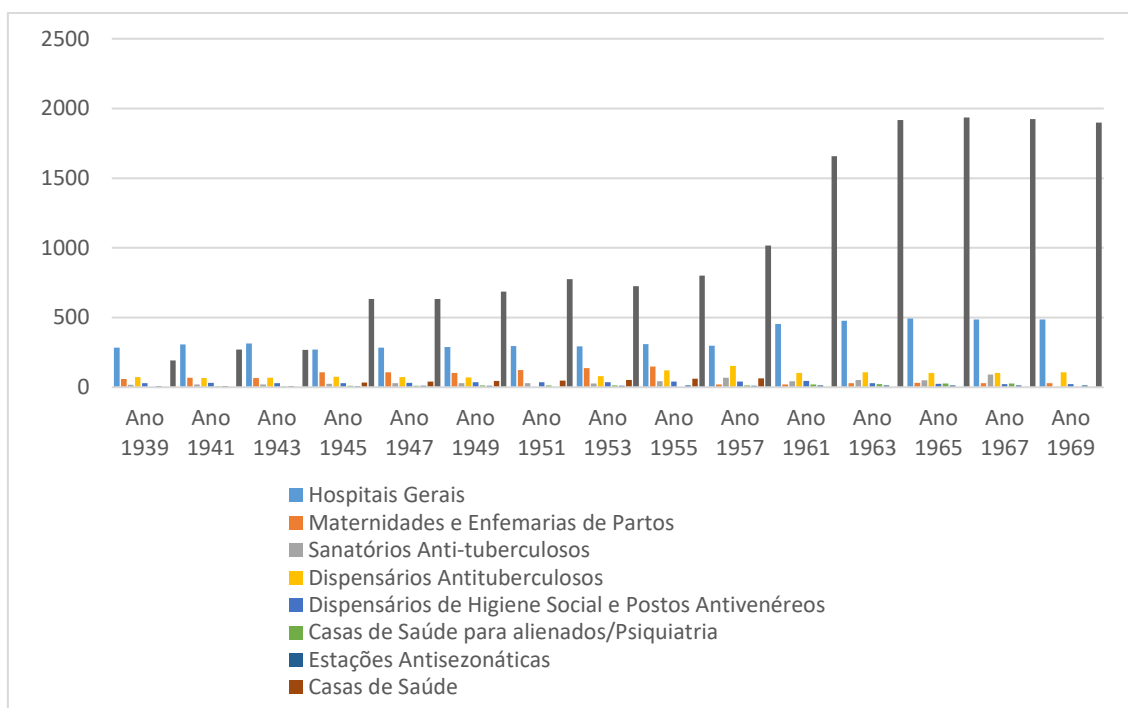
<sup>1379</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1970].

<sup>1380</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1970].

<sup>1381</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 86:** Distribuição e evolução do total de estabelecimentos de saúde com internamento por distritos (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1970)]<sup>1382</sup>.

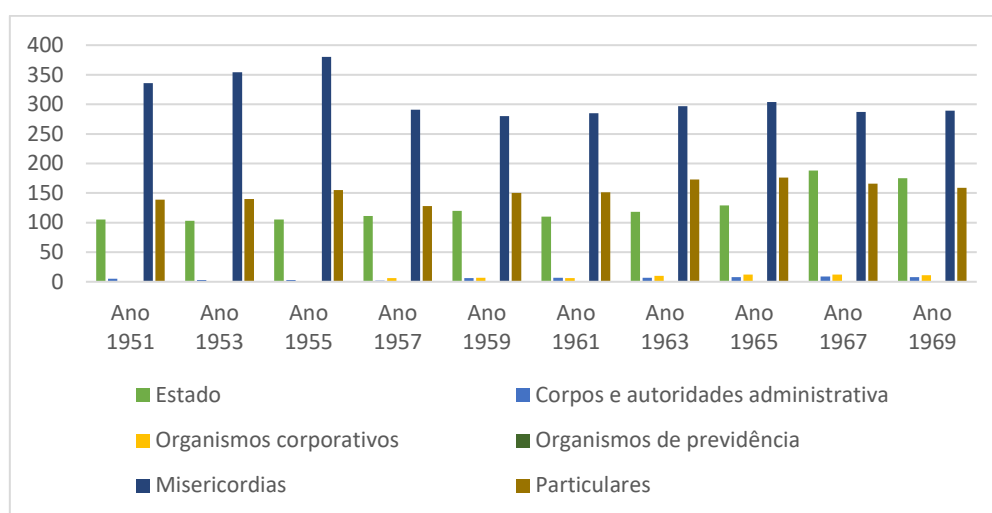


**Gráf. 87:** Evolução do total de estruturas sanitárias em Portugal (1939-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1940-1970)]<sup>1383</sup>.

<sup>1382</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1383</sup> Idem.

No que era relativo à dependência patrimonial dos estabelecimentos de saúde com internamento, na sua grande maioria hospitais, as misericórdias sempre lideraram, embora a partir do final dos anos cinquenta se note uma quebra das instituições pertencentes às misericórdias e um claro crescimento do sector estatal e dos particulares. Contudo, as misericórdias sempre liderariam. Em 1969, eram ainda detentoras de 45% dos estabelecimentos hospitalares portugueses, ao passo que ao sector estatal pertencia apenas 27%. Se as misericórdias lideravam no total de estabelecimentos de saúde com internamento, o mesmo não acontecia no que dizia respeito ao total de camas. A este nível, seria o Estado que lideraria e consolidaria a sua posição, pelo menos durante a última década do regime de Salazar. Estas camas pertenciam essencialmente aos hospitais gerais<sup>1384</sup>.

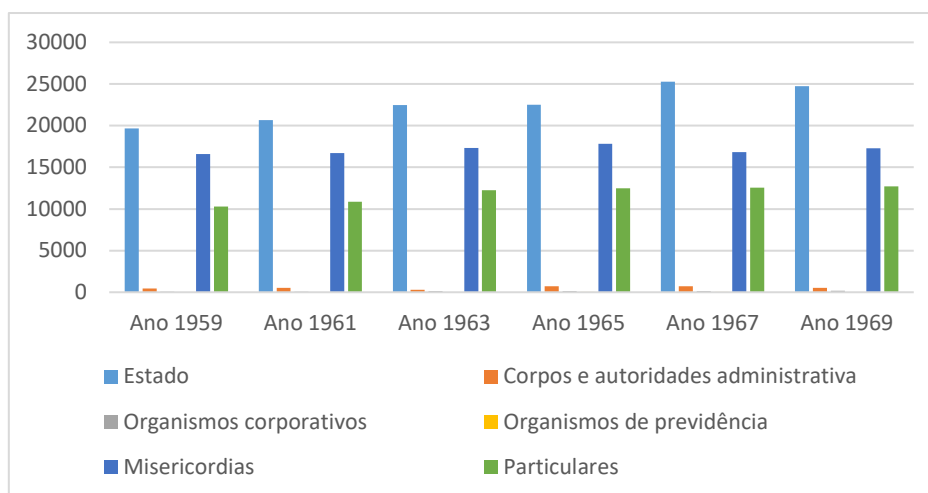


**Gráf. 88:** Dependência patrimonial dos estabelecimentos de saúde com internamento (1951-1969)

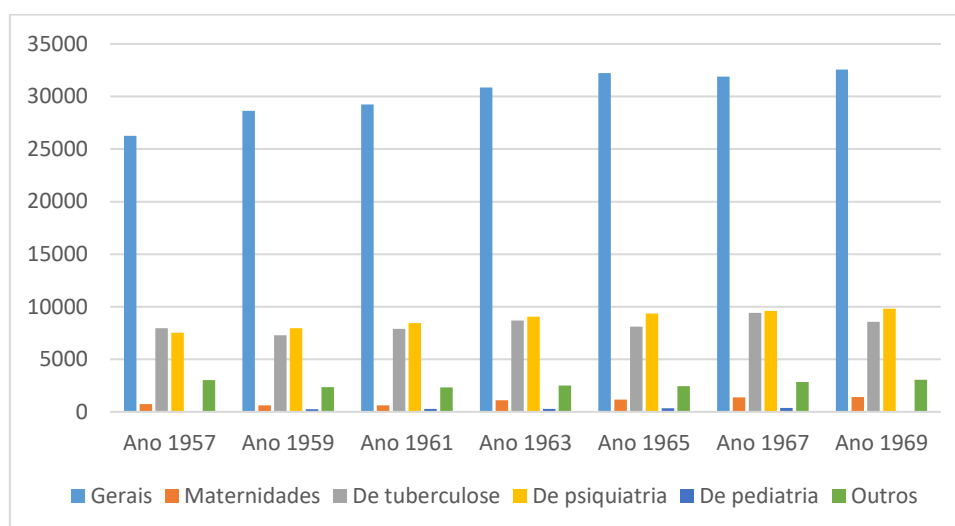
[Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1952-1970)]<sup>1385</sup>.

<sup>1384</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1951-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1970].

<sup>1385</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 89:** Dependência patrimonial das camas hospitalares (1959-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1970)]<sup>1386</sup>.



**Gráf. 90:** Distribuição do total de camas segundo a tipologia hospitalar (1957-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1970)]<sup>1387</sup>.

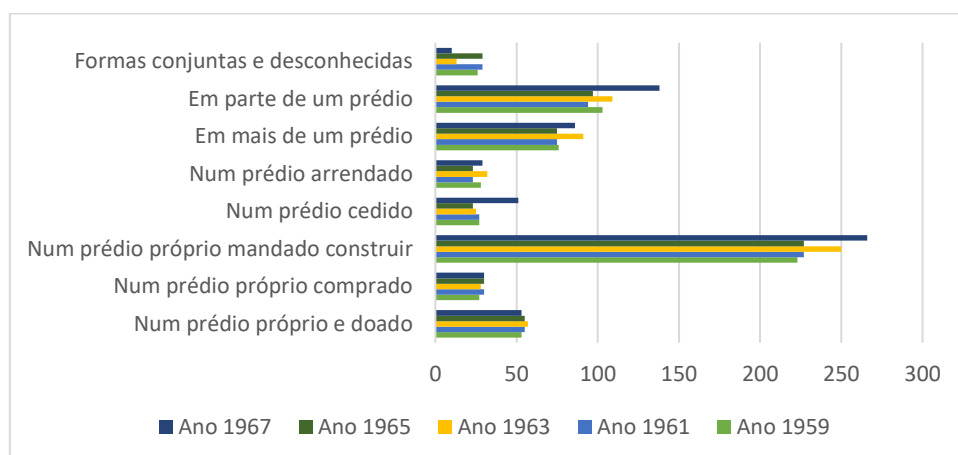
Ainda através da análise dos dados estatísticos, podemos observar as condições físicas nas quais estavam instalados os estabelecimentos de saúde com internamento. Como podemos verificar, entre 1959 e 1967, a grande maioria dos estabelecimentos hospitalares funcionava num prédio próprio mandado construir para o efeito. Contudo,

<sup>1386</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1387</sup> Idem.

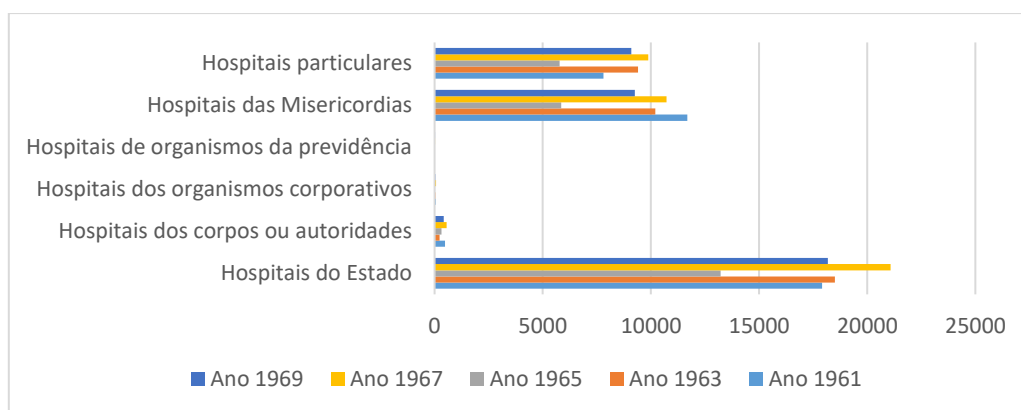


muitos eram ainda os estabelecimentos que funcionavam em partes de um prédio ou em mais do que um prédio<sup>1388</sup>.



**Gráf. 91:** Instalações dos estabelecimentos de saúde com internamento (1959-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1970)]<sup>1389</sup>.

Durante a última década do Estado Novo de Salazar, podemos ainda delinear a média diária de internados, segundo a dependência patrimonial dos hospitais. Através dos dados estatísticos, podemos observar que a grande maioria dos internados afluía aos hospitais do Estado, logo seguidos pelos hospitais das misericórdias e pelos hospitais particulares<sup>1390</sup>.



**Gráf. 92:** Média diária de internados segundo da dependência patrimonial dos hospitais (1961-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1962-1970)]<sup>1391</sup>.

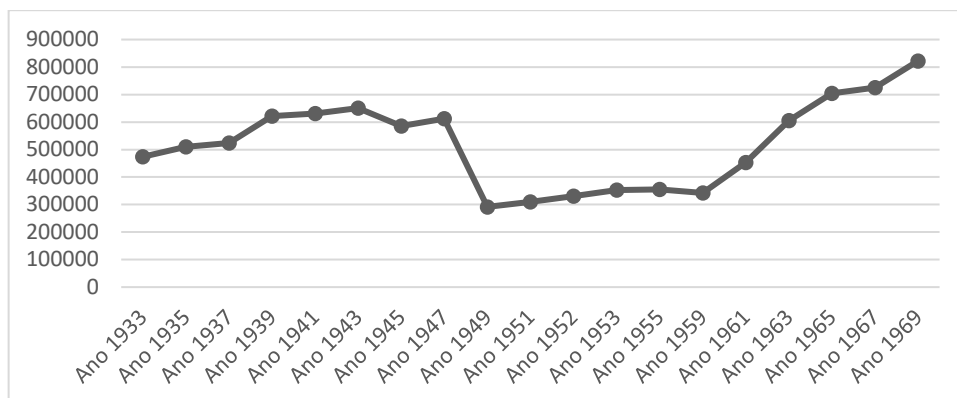
<sup>1388</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1968].

<sup>1389</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1390</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1961-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1962-1970].

<sup>1391</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

Para podermos avaliar a acção dos hospitais, congregamos dados estatísticos relativos à prestação de serviços de urgência por estes estabelecimentos, quer em termos de consultas, quer em termos de total de bancos de urgência e de cirurgias de urgência. Do ponto de vista da evolução das consultas de urgência, observamos uma clara evolução positiva até 1941. Nos anos seguintes, até 1949, observamos uma queda acentuada destas consultas que, só a partir de finais da década de cinquenta, começa a recuperar e a crescer exponencialmente até ao final da década sessenta<sup>1392</sup>.



**Gráf. 93:** Evolução do total de consultas de urgência (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1970)]<sup>1393</sup>.

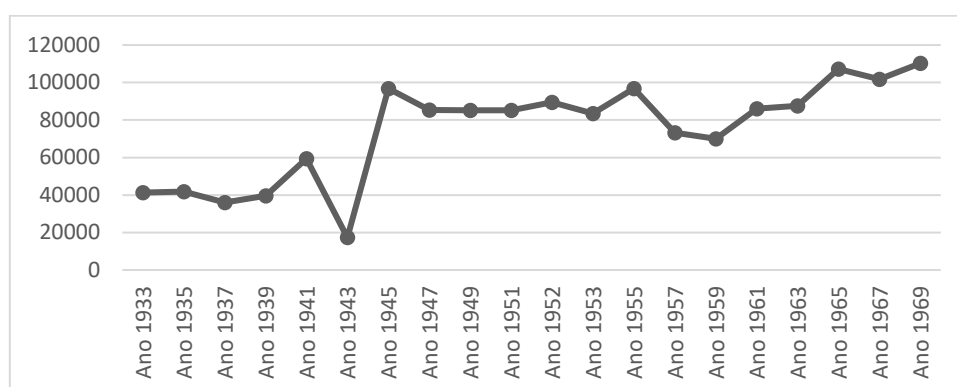
Do ponto de vista das cirurgias de urgência, observamos uma evolução positiva entre 1933 e 1941. Segue-se uma grande quebra durante o período decorrente da II Guerra Mundial, entre 1941 e 1943, ano a partir do qual se dá um crescimento exponencial do total de cirurgias de urgência, que se manterá até 1955. Segue-se um decréscimo até ao início dos anos sessenta, quando começa a recuperar e a crescer exponencialmente, com um comportamento, durante este período, semelhante ao registado relativamente às consultas de urgência<sup>1394</sup>. Contudo, o total de bancos de urgência parece ter-se sempre mantido, observando-se um crescimento a partir de finais da década de cinquenta, que se sustentaria na década seguinte<sup>1395</sup>.

<sup>1392</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

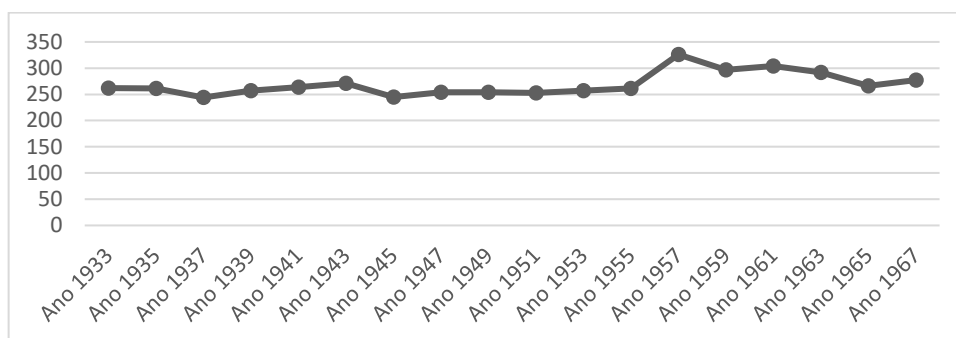
<sup>1393</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1394</sup> IDEM – *Ibidem*.

<sup>1395</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1968].



**Gráf. 94:** Evolução do total de cirurgias de urgência (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1970)]<sup>1396</sup>.



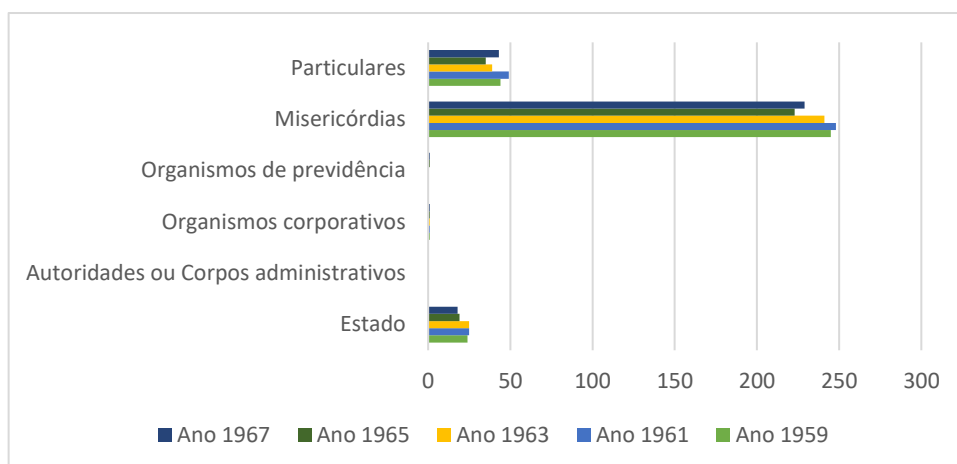
**Gráf. 95:** Evolução do total de bancos de urgência (1933-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1970)]<sup>1397</sup>.

Do ponto de vista da dependência patrimonial dos bancos de urgência, durante a última década do regime, pudemos congrega dados, que nos permitem concluir que a grande parte destes serviços pertencia às misericórdias, logo seguidas pelos hospitais particulares e pelos hospitais do Estado, por esta ordem<sup>1398</sup>.

<sup>1396</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1397</sup> Idem.

<sup>1398</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1968].



**Gráf. 96:** Dependência patrimonial dos bancos hospitalares (1959-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1970)]<sup>1399</sup>.

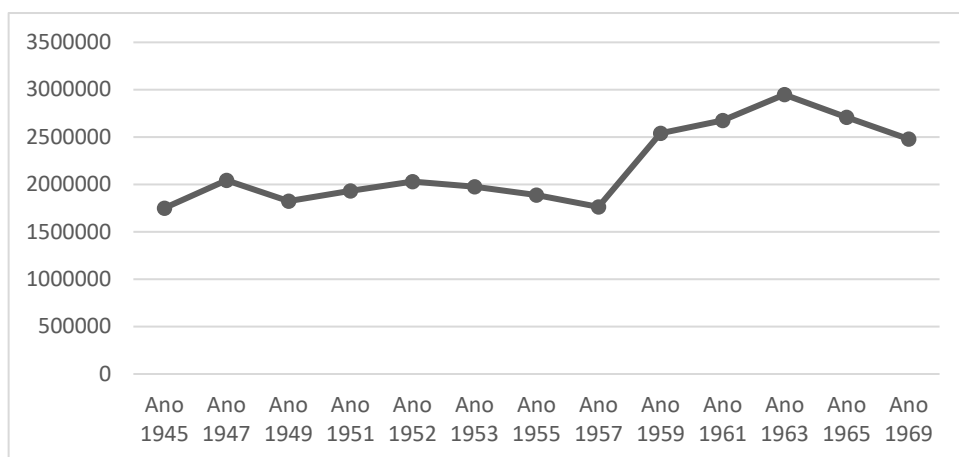
Através dos dados estatísticos foi-nos, ainda, possível perscrutar a evolução das consultas externas prestadas pelos hospitais gerais. Entre 1945 e 1957, o total de consultas externas pareceu manter-se na ordem dos 2 milhões. Contudo, a partir de 1957, observamos um rápido crescimento do número de consultas, que se manteve durante a década de sessenta, com um pequeno decréscimo a partir de 1963<sup>1400</sup>. Dividindo as consultas por especialidades, tendo acesso apenas aos dados relativos aos anos sessenta, concluímos que as especialidades com mais doentes eram as de clínica geral e clínica cirúrgica, logo seguidas pelas de obstetrícia e de otorrino.

Analisando estas quatro especialidades com mais afluência de doentes, encontrámos dados que nos permitem investigar em quais dos hospitais existia uma maior oferta e procura destes serviços. Os dados permitem-nos, pois, concluir que eram os hospitais das misericórdias, ainda durante a década de sessenta, os que possuíam maior oferta ao nível da clínica de especialidades<sup>1401</sup>.

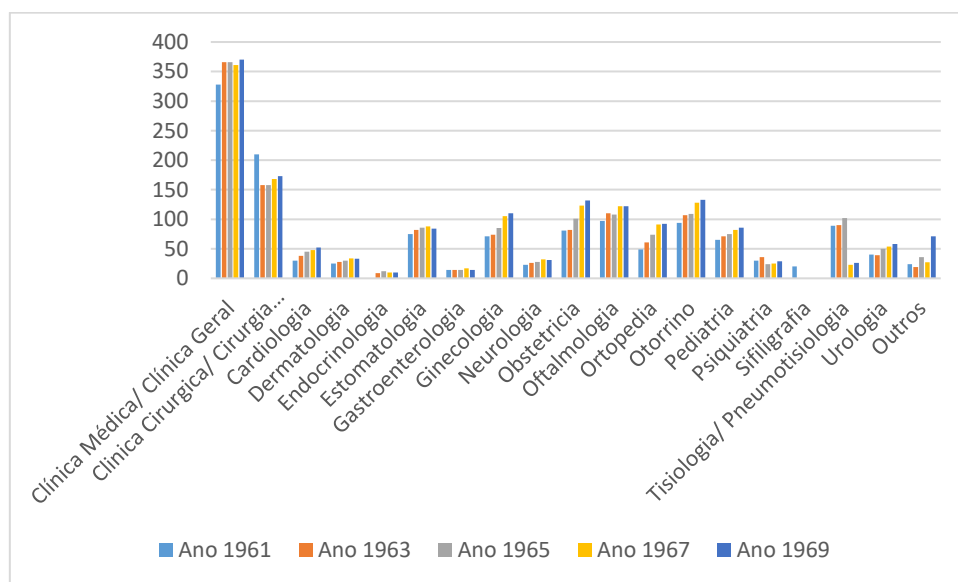
<sup>1399</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1400</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1945-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1946-1970].

<sup>1401</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1968].



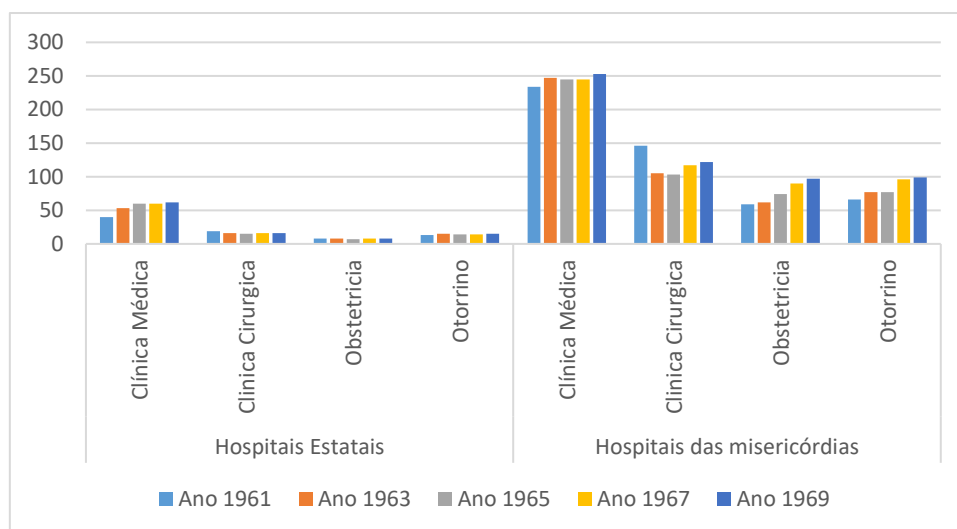
**Gráf. 97:** Evolução do total de consultas externas nos hospitais (1945-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1946-1970)]<sup>1402</sup>.



**Gráf. 98:** Total de consultas externas nas unidades de internamento por especialidades (1961-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1962-1970)]<sup>1403</sup>.

<sup>1402</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1403</sup> Idem.

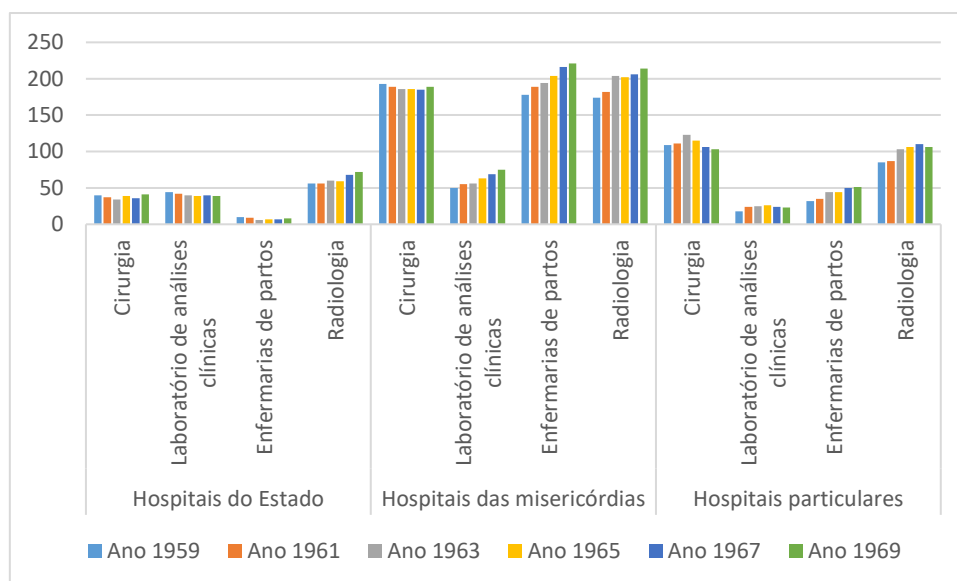


**Gráf. 99:** Comparação entre o total de serviços de consultas externas existente nos hospitais estatais e nos hospitais das misericórdias (1961-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1962-1970)]<sup>1404</sup>.

Contudo, os hospitais não eram apenas constituídos por serviços de consultas externas. Possuíam outros serviços, como os de cirurgia, laboratório de análises clínicas, enfermarias de partos, radiologia, entre outros. Nesse sentido, foi possível estabelecer um grau de comparação entre a oferta praticada pelos hospitais estatais, os hospitais das misericórdias e os privados. Concluimos que, entre 1959 e 1969, eram os hospitais das misericórdias que possuíam maior oferta de todos estes serviços, seguidos pelos hospitais particulares e pelos hospitais estatais, em último lugar. Notava-se, ainda, uma tendência geral de crescimento destes serviços nos hospitais das misericórdias e particulares. Nos hospitais estatais a tendência de crescimento mais acentuada seria relativa aos serviços de radiologia. A restante oferta de serviços manter-se-ia estacionária, registando-se, até, uma quebra do total de enfermarias de partos<sup>1405</sup>.

<sup>1404</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1405</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1970].



**Gráf. 100:** Total de serviços nos hospitais do Estado, das misericórdias e particulares (1959-1969)

[Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1970)]<sup>1406</sup>.

## 1.5. A Evolução da Despesa Hospitalar

A nível orçamental, observamos um exacerbado aumento da despesa da *Direcção-Geral de Assistência* com os estabelecimentos hospitalares, comparticipando nos encargos dos *Hospitais Civis de Lisboa*, dos *Hospitais da Universidade de Coimbra* e do *Instituto Antidiabético* da mesma cidade, um aumento na ordem dos 100%, entre 1943 e 1945. Em 1945, observamos, ainda, um encargo especial da *Direcção-Geral de Assistência* com a construção de novos hospitais, na ordem dos 1000000 escudos<sup>1407</sup>. Através do *Ministério das Obras Públicas e Comunicações*, encontramos despesas relativas à construção da *Leprosaria Nacional Rovisco Pais* e à construção de hospitais escolares em Lisboa e no Porto. Observou-se, ainda, um aumento da despesa com a *Leprosaria Rovisco Pais*, que cresceu abruptamente a partir de 1943, ao passo que se detectou uma quebra na despesa com a construção dos hospitais escolares, entre 1935 e

<sup>1406</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1407</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1943-1945]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1944-1946].

1937, despesa que começou a recuperar a partir de 1943<sup>1408</sup>. Entre 1935 e 1943, encontramos as despesas anuais do *Ministério do Interior*, através da *Direcção-Geral de Saúde*, para com o *Hospital Joaquim Urbano*, especializado em doenças infecto-contagiosas, o mais bem dotado de recursos no Porto, nesta especialidade. A este nível podemos observar um aumento da despesa com esta instituição hospitalar, mais sublinhado a partir de 1941<sup>1409</sup>.

Através do Porcionismo, cabia às câmaras municipais o pagamento das despesas de saúde dos utentes pobres e indigentes com domicílio de socorro no seu território. Pires de Lima, no *III Congresso da União Nacional* sublinhava o seu desacordo com tal encargo por parte destas instituições, devido ao seu sobreendividamento, incontornável para algumas delas<sup>1410</sup>.

A partir de 1952, podemos observar a produção de várias circulares, assinadas pelo chefe da repartição da *Direcção-Geral de Assistência*, Carlos Diniz da Fonseca, com o objectivo de chamar a atenção das instituições particulares e das comissões regionais de assistência para o cumprimento das disposições legais na comparticipação nos encargos assistenciais. Assim, a Circular nº. 83/1 – A, alertava as comissões regionais de assistência, que tinham continuado a conceber subsídios e a distribuir géneros alimentícios e cobertores, à revelia da realização de inquéritos sociais. O documento lembrava que, nos concelhos onde existisse pessoal do *Instituto de Assistência à Família*, era este quem realizaria os inquéritos e prestaria exclusivamente a assistência directa aos indivíduos e agregados familiares, em colaboração com as comissões paroquiais de assistência. Nos concelhos onde não existissem funcionários do Instituto de Assistência à Família, tais competências estavam entregues às comissões municipais de assistência<sup>1411</sup>.

Da mesma forma, a Circular nº. 18/1 – B, alertava as instituições de assistência particular para o facto de não estarem a cumprir com rigor as disposições legais tendentes a conseguir que todos os assistidos, ascendentes, descendentes ou irmãos,

---

<sup>1408</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1943-1945]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1944-1946].

<sup>1409</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1945]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1947].

<sup>1410</sup> Cf. PIRES DE LIMA, António, *op. cit.*, p. 23.

<sup>1411</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos - CIRCULAR nº. 83/1-A. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.107 /110, Janeiro/Dezembro, 1952, p. 243-244.



comparticipassem nos encargos assistenciais, muitas vezes nada cobrando aos assistidos. Segundo o governo, estas instituições estavam, assim, a contribuir para agravar as dificuldades com que lutam e “para generalizar o conceito errado de que a assistência compete só ao Estado ou aos organismos por ele mantidos ou subsidiados, sem se exigirem dos particulares e das famílias qualquer sacrifício” <sup>1412</sup>. Por tal, mais uma vez, era enfatizada a necessidade do inquérito assistencial, cuja entidade que o realizava indicaria sempre a classificação dos assistidos e o escalão correspondente.

Carlos Diniz da Fonseca, em 1951, sublinhava a necessidade de fixar o regime de responsabilidades dos municípios na prestação da assistência hospitalar aos doentes indigentes com domicílio de socorro nos respectivos concelhos. O mesmo autor defendia “intransigentemente” o regime do Porcionismo, defendendo a cobrança inevitável aos doentes não indigentes pela assistência prestada, a porção segundo a sua situação económica apurada pelo Inquérito Assistencial<sup>1413</sup>.

Em 1954, foi legislada a responsabilidade pelos encargos em matéria de assistência hospitalar, através do Decreto-Lei nº. 39805. Até esta data, seria o nº. 7 do artigo 751 do *Código Administrativo* que incutia às câmaras municipais as responsabilidades do pagamento das despesas de transporte e tratamento aos doentes pobres e indigentes admitidos nos *Hospitais Cíveis de Lisboa*, hospital escolar, *Hospital de Santo António*, *Hospital da Universidade de Coimbra*, *Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, *Instituto de Oncologia* e *Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto*. Contudo, com o alargamento da rede hospitalar, este novo diploma alargava a responsabilidade das câmaras municipais no pagamento dos encargos de assistência prestada nos hospitais centrais, regionais e sub-regionais. Em caso de internamento de doentes mentais, a responsabilidade destes órgãos municipais era limitada a 6 meses, podendo ser renovada após 3 anos<sup>1414</sup>.

O novo diploma legislava uma nova hierarquização dos responsáveis pelos encargos de assistência, que excluía os irmãos, os responsáveis pelo nascimento de filhos ilegítimos, os organismos corporativos e, em forma directa, o Estado, conforme o

---

<sup>1412</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos - CIRCULAR nº. 18/1-B. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.107 /110, Janeiro/Dezembro, 1952, p. 252-254.

<sup>1413</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos Diniz da - Da Organização Hospitalar do País, p. 63.

<sup>1414</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 39805. *Diário do Governo. I Série*. 196 (1954-09-04), p. 971.

parecer delineado pela *Câmara Corporativa*<sup>1415</sup>. Contudo, ficavam sujeitos os cônjuges dos assistidos e as pessoas responsáveis pela consequência do facto determinante de assistência. A nova hierarquização era a seguinte:

1º Aos próprios assistidos ou aos pais (se forem menores);
2º Ao Cônjuge ou aos parentes sujeitos à obrigação de alimentos;
3º Aos Municípios , em relação aos indigentes e pobres com domicílio de socorro neles inscrito;
4º Às Instituições que prestavam assistência, pelos seus fundos e receitas.

**Tab. 31:** Hierarquização das responsabilidades pelos encargos em matéria hospitalar, segundo o Decreto-Lei nº. 39805 (1954).

A cooperação do Estado nesta área resumia-se às dotações orçamentais ou subsídios destinados às instituições. As responsabilidades pelos encargos de assistência, que não fossem voluntariamente liquidados, eram satisfeitas pelos tribunais e pelas comissões arbitrais. Esta lei previa, ainda, a classificação e a distribuição por escalões dos assistidos pobres. A participação dos municípios correspondia a 20% da diária do estabelecimento, caso se tratasse de hospital sub-regional, a 30% em hospitais regionais e 40% em hospitais centrais, podendo esta percentagem ser aumentada até 50% tendo em conta a situação financeira das instituições responsáveis. Os internamentos deveriam ser efectuados no hospital sub-regional da área ou em estabelecimentos do concelho e, na falta ou insuficiência de ambos, no hospital regional respectivo, privilegiando sempre os hospitais da área de residência.

O pagamento das câmaras municipais dever-se-ia efectuar no prazo de 6 meses após a entrega da nota de alta. Caso não fossem liquidadas, estas dívidas seriam alvo de cobrança coerciva, tendo prioridade as dívidas aos hospitais sub-regionais. Estas obrigações poderiam ser pagas em prestações anuais, não se podendo prolongar por

<sup>1415</sup> Cf. PARECER 8/VI: RESPONSABILIDADE PELOS ENCARGOS EM MATÉRIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. *Actas da Câmara Corporativa*.13 (1954-03-24), p. 175.

mais de 20 anos<sup>1416</sup>. Contudo, a *Câmara Corporativa* chamava a atenção para a prevalência destas dívidas, por parte das câmaras municipais. O mesmo órgão sublinhava a necessidade de prossecução da política de incremento da previdência social, de forma a alargar o esquema de assistência e abranger progressivamente novas camadas da população<sup>1417</sup>.

Face à publicação desta legislação, o *Avante* revoltava-se em diversos artigos. O órgão do P.C.P. insurgia-se contra a política assistencial do regime, que não era uma assistência na doença, “mas sim perspectivas de miséria ainda mais negra e um absoluto desprezo pelas suas vidas”<sup>1418</sup>. Os escassos recursos dos agregados familiares eram, segundo ele, impeditivos de uma assistência gratuita aos pobres e indigentes, atirando-os “cinicamente para a morte”<sup>1419</sup>. Ao sugar os últimos recursos desta população, o periódico assumia que “o fascismo age como verdadeiro fomentador da doença e da fome”<sup>1420</sup>. Para tal, convidava o povo a insurgir-se contra esta lei.

Em outro artigo, o P.C.P. noticiava que a assistência do Estado Novo, praticamente a cargo da caridade pública, queria ser construída à base de novos roubos. Para se cobrar “a miserável assistência prestada nos hospitais”<sup>1421</sup>, adiantava o periódico, era necessário efectuar injustiças como as de extorquir parte do salário aos operários e empregados, espoliar os camponeses da sua courela ou da sua habitação... Em 1955, o *Avante* criticava a lei que obrigava os doentes pobres a fazerem-se acompanhar por uma guia passada pela respectiva câmara municipal, sempre que necessitassem de tratamento ou internamento nos hospitais civis. Do seu ponto de vista, tal necessidade tinha dois objectivos: criar mais dificuldades ao tratamento e internamento dos doentes pobres e obrigar as câmaras municipais a pagar parte das despesas. Contudo, tal gerava vários problemas. Para pagarem estas contas, as câmaras municipais ficavam sobrecarregadas, não restando verbas para outras obras necessárias, como estradas, esgotos, saneamento... Para escaparem a tal sobrecarga, muitas câmaras

---

<sup>1416</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 39806. *Diário do Governo. I Série.* 196 (1954-09-04), p. 974.

<sup>1417</sup> Cf. PARECER 8/VI: RESPONSABILIDADE PELOS ENCARGOS EM MATÉRIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, p. 184.

<sup>1418</sup> Cf. O Salazarismo Recusa a Assistência às Classes Pobres. In *Avante*. VI série, n.º. 185 (Fevereiro de 1954), p. 2.

<sup>1419</sup> Ibidem, p. 2.

<sup>1420</sup> Ibidem, p. 2.

<sup>1421</sup> Cf. Querem Negociar com a Saúde do Povo. In *Avante*. VI série, n.º. 192 (Outubro-Novembro de 1954), p. 2.

levantavam imensas dificuldades para a emissão da guia, ficando muitos doentes sem tratamento<sup>1422</sup>.

Em Abril de 1958, foi emitido novo parecer pela *Direcção-Geral de Assistência*. Segundo aquele documento, as câmaras municipais continuavam a recusar assumir a responsabilidade de encargos assistenciais que lhes eram legitimamente imputados. Por tal, aquela circular esclarecia aquelas instituições que o domicílio de socorro era sempre no concelho de naturalidade, a não ser que, à data de internamento, os utentes residissem há mais de dois anos consecutivos em outro concelho. Neste último caso, o doente seria domiciliado no seu concelho de residência. Caso mudasse de residência para outro concelho, passaria a ser domiciliado no concelho de naturalidade até que perfizesse dois anos consecutivos naquele local<sup>1423</sup>.

Em 1959, foi publicado um parecer da *Procuradoria-Geral da República* que ditava que os municípios eram responsáveis pelos encargos assistenciais prestados aos doentes indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos, ainda que os assistidos não tivessem exigido internamento<sup>1424</sup>. Outro parecer impunha que, em caso de internamento de urgência, os hospitais deveriam comunicar ao município do domicílio de socorro do assistido, ainda que antes o tivessem feito indevidamente a outro município, com base em inexactas informações do internado<sup>1425</sup>.

Ainda em Julho de 1958, foi emitida nova circular pela *Direcção-Geral de Assistência*, alertando as misericórdias para a necessidade de cobrança de débitos ocasionados com o internamento de doentes nos seus hospitais, de acordo com o Decreto-Lei n.º. 39805. O documento lembrava as instituições sobre os procedimentos que deviam ser efectuados quando os doentes estavam internados a cargo dos

---

<sup>1422</sup> Cf. A Burla da Assistência Hospitalar. In *Avante*. VI série, n.º. 205 (Outubro de 1955), p. 3.

<sup>1423</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA - CIRCULAR n.º. 54/1-B. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º.131 /132, Janeiro/Junho, 1958, p. 244.

<sup>1424</sup> Cf. PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA – PARECER SOBRE ENCARGOS DOS MUNICÍPIOS PELO TRATAMENTO DOS DOENTES POBRES E INDIGENTES. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 135.

<sup>1425</sup> Cf. PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA – PARECER SOBRE INTERNAMENTOS DE URGÊNCIA EM HOSPITAIS: SUAS COMUNICAÇÕES ÀS CÂMARAS MUNICIPAIS RESPONSÁVEIS. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 137.

municípios e de outras entidades<sup>1426</sup>. Em despacho, datado de Novembro de 1959, o governo fazia saber que “as misericórdias não são partes ilegítimas para cobrar os honorários clínicos”<sup>1427</sup>.

Em 1959 foi produzida nova legislação, no sentido de assegurar mais meios e funções às Comissões Arbitrais de Lisboa e Porto, cada vez assediadas com processos e com créditos cada vez mais elevados. Da mesma forma, este decreto tinha como objectivo simplificar e aperfeiçoar as normas processuais, removendo alguns obstáculos que se opunham à intimação dos reclamados. Tudo com o objectivo de evitar a fuga ao pagamento dos encargos, que lhes pertenciam por lei, dos que tinham meios para tal, e para que as decisões das comissões arbitrais pudessem ser proferidas “em benefício dos pobres”<sup>1428</sup>. Esta legislação seria consolidada pelo Decreto-Lei nº. 44450, publicado três anos depois, em 1962<sup>1429</sup>.

Ainda de 23 de Setembro de 1959, data uma carta confidencial do ministro da Saúde e Assistência ao presidente do Conselho, advertindo-o da disparidade de vencimentos entre a previdência (que podia pagar) e a assistência (que não podia, tal como os municípios). Se a previdência compensasse os hospitais por todos os serviços prestados aos sócios das caixas, a situação seria diferente, alertava o ministro. E os hospitais, segundo ele, até poderiam remunerar melhor o respectivo pessoal. Por tal, estava nomeada uma Comissão Interministerial, envolvendo vários ministérios - Finanças, Interior, Educação, Corporações, Saúde - para estudar o modo de custear as despesas hospitalares<sup>1430</sup>.

Contudo, nova circular seria emitida pela *Direcção-Geral de Assistência*, datada de 19 de Janeiro de 1960. Nela, o governo fazia saber que o pagamento das dívidas das câmaras municipais pelo tratamento de doentes deveria ser feito voluntariamente durante os seis meses que se seguissem à recepção da nota de despesa, findos os quais a direcção do hospital enviava um duplicado à *Direcção-Geral de Assistência*, que a remetia para a *Direcção-Geral da Fazenda Pública*, onde era ordenada a sua dedução

---

<sup>1426</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA - CIRCULAR nº. 56/1-B. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.133 /134, Julho/Dezembro, 1958, p. 212-214.

<sup>1427</sup> Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA - DESPACHO (1959-11-03). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 132.

<sup>1428</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 42596. *Diário do Governo. I Série*. 240 (1959-10-19), p. 1339.

<sup>1429</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 44450. *Diário do Governo. I Série*. 151 (1962-07-04), p. 934.

<sup>1430</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN-10A*, pt. 12.

nas contribuições gerais do Estado. A circular informava, ainda, que eram frequentes os pedidos de anulação e restituição feitos pelas câmaras municipais à *Direcção-Geral da Fazenda Pública*, causando confusão nos serviços, pelo que eram para cumprir as ordens de desconto de dívidas das câmaras municipais aos estabelecimentos hospitalares<sup>1431</sup>.

Ainda em 1960, para aquilatar dúvidas levantadas pelas câmaras municipais a esse respeito, seria emitido um parecer pela *Procuradoria-Geral da República*, que reafirmava a responsabilidade das câmaras municipais pelo tratamento dos doentes pobres e indigentes internados nos hospitais, ao nível do pagamento da diária e das demais despesas com a assistência a esses doentes, incluindo medicamentos, radiografias e análises<sup>1432</sup>. Nova circular emanada pela *Direcção-Geral de Assistência*, definia, ainda, a responsabilidade dos municípios no que era respectivo aos tratamentos em consultas externas dos pobres e indigentes com domicílio de socorro no concelho<sup>1433</sup>.

Contudo, apesar de todo este aparato legislativo, a confusão entre entidades hospitalares e câmaras municipais para o pagamento das despesas hospitalares continuava. A *Direcção-Geral de Assistência* dizia conhecer que alguns estabelecimentos hospitalares solicitavam a cobrança coerciva de débitos já saldados pelos municípios que, também, por vezes recebiam directamente das câmaras municipais importâncias dos seus débitos, mesmo após estar em curso a sua cobrança coerciva. Por tal, seria emanada nova circular, tentando por ordem neste caótico estado da situação<sup>1434</sup>.

Em 1961, Martins de Carvalho dava uma entrevista ao jornal *O Médico*, onde considerava que o financiamento hospitalar era uma das questões mais complexas e

---

<sup>1431</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA - CIRCULAR (1960-01-19). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.139 /140, Janeiro/Junho, 1960, p. 232.

<sup>1432</sup> Cf. PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA – PARECER SOBRE RESPONSABILIDADE DAS CÂMARAS MUNICIPAIS PELO TRATAMENTO DOS DOENTES POBRES E INDIGENTES. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.141 /142, Julho/Dezembro, 1960, p. 167.

<sup>1433</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. 314/1 A (1960-09-20). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.141 /142, Junho/Dezembro, 1960, p. 199.

<sup>1434</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. 328/1 A (1960-11-09). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.141 /142, Junho/Dezembro, 1960, p. 206.

urgentes do governo<sup>1435</sup>. Ainda nesse ano, seria publicada, no *Boletim da Assistência Social*, uma nova circular, que expressava um aumento do recurso dos estabelecimentos à intervenção das comissões arbitrais de assistência, de forma a declararem e liquidarem os respectivos encargos. Contudo, a circular recomendava aos estabelecimentos e instituições de assistência que, sempre que intentassem uma acção de declaração da responsabilidade por encargos de assistência junto dessas comissões, requisessem, também, acções junto dos tribunais competentes para realizarem as execuções fiscais, dado que as sentenças das comissões não obrigavam, por si só, os responsáveis ao pagamento das dívidas<sup>1436</sup>.

De modo a agilizar o sistema, nova circular datada de 1962, autorizava as comissões arbitrais a arquivarem todos os processos com montante inferior a 100 escudos. Os institutos e serviços dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*, com acções instauradas nas comissões arbitrais, também estavam autorizados a desistir dos pedidos em processos de valor entre os 100 e os 200 escudos, quando não era conhecida a residência e quando os réus não poderiam efectuar o pagamento<sup>1437</sup>.

Outra circular produzida em 1961, esclarece-nos que alguns hospitais exigiam às câmaras municipais a passagem de guias de responsabilidade pelas despesas de tratamento e internamento de doentes portadores de doenças contagiosas. Contudo, a *Direcção-Geral de Assistência* fazia saber que, pelo Decreto-Lei nº. 39805, datado de 1954, os municípios ficavam isentos do pagamento a tais doentes, sujeitos a regime especial<sup>1438</sup>. Contudo, as câmaras municipais não ficavam isentas dos encargos relativos ao internamento, em asilos psiquiátricos, dos doentes indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos<sup>1439</sup>. Os municípios deveriam ser responsabilizados

---

<sup>1435</sup> Cf. O Plano de Sanidade Mental e a Nova Lei Hospitalar: A obra do Ministério da Saúde e da Assistência, p. 235.

<sup>1436</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. 372/1 A (1961-04-25). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.143 /144, Janeiro/Junho, 1961, p. 212.

<sup>1437</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. C-42/62-1 A. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.149 /150, Junho/Dezembro, 1962, p. 265.

<sup>1438</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. 387/1 A (1961-06-02). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.143 /144, Janeiro/Junho, 1961, p. 214.

<sup>1439</sup> Cf. PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA – PARECER ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA – ENCARGOS DE HOSPITALIZAÇÃO (1962-06-09). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.149 /150, Julho/Dezembro, 1962, p. 251.

pela percentagem de 20%, 30% e 40%, consoante o tratamento fosse efectuado em hospital sub-regional, regional ou central, respectivamente<sup>1440</sup>.

Com a publicação do *Estatuto da Saúde e da Assistência*, datado de 1963, observaram-se novas mudanças em termos de financiamento da saúde e da assistência. A Base XXVII do documento era relativa ao suporte dos encargos dos estabelecimentos de saúde e assistência. Seguindo uma ordem hierárquica, estes deveriam ser suportados pelas receitas de quotizações, rendimentos de bens próprios e pagamento de serviços prestados, numa primeira análise. Posteriormente deveriam ser liquidados pelo produto de heranças, legados, doações, donativos, pelas dotações inscritas nos Orçamentos Gerais do Estado e por subsídios concedidos pelo governo e autarquias, bem como por outras receitas legalmente admitidas.

Se os serviços de medicina preventiva eram gratuitos, as tabelas das diárias, dos serviços e dos honorários pela assistência prestada nos estabelecimentos oficiais, variáveis com a situação, a categoria e a natureza dos mesmos, foi aprovada pelo *Ministério da Saúde e Assistência*. Em termos de responsabilidade pelo pagamento de serviços de saúde e assistência, esta cabia, de forma hierárquica: aos assistidos, às suas famílias e aos concelhos. Caía por terra a responsabilidade das próprias instituições no pagamento dos serviços aos doentes porcionistas, pobres e indigentes. As instituições de previdência social respondiam pelos encargos prestados aos seus beneficiários. Do ponto de vista familiar, respondiam à liquidação de encargos, por ordem sucessiva, os descendentes, ascendentes e cônjuges, e os irmãos ou sobrinhos que tivessem “economia comum” com o assistido<sup>1441</sup>. Mantinha-se, assim, o princípio da responsabilidade individual pelos encargos de saúde, legislado desde 1944, mas com grande tradição anterior.

Continuava a caber aos concelhos a despesa “obrigatória” do pagamento da quota-parte da despesa que lhe fosse atribuída pela assistência aos pobres e indigentes com domicílio de socorro no respectivo local. Para poderem fazer face a esta despesa, os municípios poderiam lançar derramas. Mais uma vez, a legislação fazia o esforço de explicar minuciosamente o conceito de “domicílio de socorro”, para que não se

---

<sup>1440</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. C-55/62 – 1A. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.149 /150, Julho/Dezembro, 1962, p. 257.

<sup>1441</sup> Cf. LEI nº. 2120, p. 972.



fomentassem dúvidas. Conforme ditava a legislação, quando não fosse possível determinar a residência do indivíduo, considerava-se o domicílio de socorro o concelho ou concelhos em que o indivíduo fosse tratado ou assistido. Tornava-se cada vez mais difícil, aos municípios, fugir ao pagamento das despesas assistenciais dos pobres e indigentes<sup>1442</sup>.

Do ponto de vista das tabelas hospitalares, em 1965, observou-se uma modificação das mesmas nos *Hospitais Cívicos de Lisboa*, por estas se encontrarem desactualizadas. Na verdade, Lisboa estava dividida em duas zonas para efeitos de assistência hospitalar, uma servida pelos *Hospitais Cívicos* e outra pelo *Hospital de Santa Maria*. Esta dualidade gerava uma discrepância nos preços dos tratamentos hospitalares, consoante a zona da cidade em que habitassem os cidadãos. Tal divergência era também observada no que dizia respeito à remuneração dos profissionais.

O *Ministério da Saúde e Assistência* procedia, assim, a um ajustamento das tabelas dos *Hospitais Cívicos*, de forma a torná-las semelhantes aos demais hospitais centrais. Contudo, Neto de Carvalho observava, em nota oficiosa datada de Agosto de 1965, que a grande maioria dos doentes assistidos nos hospitais centrais era composta por gratuitos (76,6%), que nada sofreriam com esta alteração. De acordo com os números apresentados, concernentes ao ano de 1964, cerca de 82,6% dos assistidos nos *Hospitais Cívicos* eram gratuitos, 4,3% porcionistas e 13,1% pensionistas. Destes pensionistas, 4% estava a cargo da previdência, 1,4% alojava-se em quartos particulares e 7,7% estava coberto pelas companhias de seguros<sup>1443</sup>.

A elevada percentagem de gratuitos nos hospitais cívicos, explicava Neto de Carvalho, era devido ao facto de existir um número muito limitado de quartos particulares. Daí resultava que as camadas populacionais de maior poder económico, ou de determinada posição social, preferissem servir-se das casas de saúde particulares. Por outro lado, o ministro sublinhava a fraca preocupação dos serviços na avaliação rigorosa da situação económica dos assistidos, suspeitando que “uma boa percentagem dos gratuitos, e mesmo dos porcionistas, está indevidamente incluída nessas categorias”<sup>1444</sup>.

---

<sup>1442</sup> Cf. LEI nº. 2120, p. 972.

<sup>1443</sup> Cf. NETO DE CARVALHO, Francisco – (NOTA OFICIOSA) de 4 de Agosto 1965. In NETO DE CARVALHO, F. – *Problemas de Saúde e Assistência (1963-1967)*. [s.n.; s.l.], 1967, p. 111-118.

<sup>1444</sup> Cf. NETO DE CARVALHO, Francisco – (NOTA OFICIOSA) de 4 de Agosto 1965, p. 116.

Neto de Carvalho sublinhava, ainda, um aumento do escalão dos gratuitos e a redução da percentagem dos encargos a suportar pelos pensionistas, de um modo geral. O ministro considerava, mesmo, que a assistência hospitalar deveria ser gratuita ou quase gratuita para todos e seria mais conveniente, em vez de se igualarem as tabelas dos *Hospitais Cívicos* pelas dos demais hospitais centrais, o contrário. Contudo, tal não se demonstrava possível porque os serviços hospitalares eram caros e o Estado tinha de os suportar. Se o Estado não cobrasse taxas, que eram as tabelas hospitalares, teria de agravar os impostos. Havia, contudo, quem sugerisse o lançamento de um imposto especial para fins de cobertura dos encargos hospitalares e de saúde pública. Contudo, sublinhava Neto de Carvalho, “não tem [...] o Governo entendido conveniente seguir esse caminho e cair inteiramente na chamada medicina socializada”<sup>1445</sup>.

Segundo a Lei n.º 2120, cabia ao Estado, ao nível do financiamento da saúde e da assistência, criar, construir, apetrechar os estabelecimentos oficiais, e prover à manutenção dos serviços. Cabia ainda ao governo comparticipar na construção, remodelação e apetrechamento dos estabelecimentos particulares e na manutenção dos serviços que não pudessem ser suportados por outros recursos<sup>1446</sup>.

Em 1965, seria publicado o *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, onde, pela primeira vez, o sector da saúde constituía parte integrante de um planeamento estratégico global do regime. Segundo o relatório, do ponto de vista do apetrechamento, a partir de 1961, parecer ter existido uma acção sistematizada de aquisição de grande material hospitalar<sup>1447</sup>.

Em relação ao financiamento hospitalar, segundo o mesmo documento, tendo em conta números relativos ao ano de 1962, observamos que os hospitais centrais eram essencialmente financiados pelo Estado, ao contrário dos restantes. Os hospitais regionais e sub-regionais, a este nível, pareciam gozar de um regime misto, financiados, em parte pelo Estado, mas também por donativos e pelo rendimento dos seus bens e serviços. Nestes últimos, o peso do Estado era inferior aos seus próprios rendimentos, não sendo incontornável para a sua manutenção. Note-se, ainda, o financiamento quase desprezível por parte da previdência, em relação aos três tipos de hospitais. Observe-se,

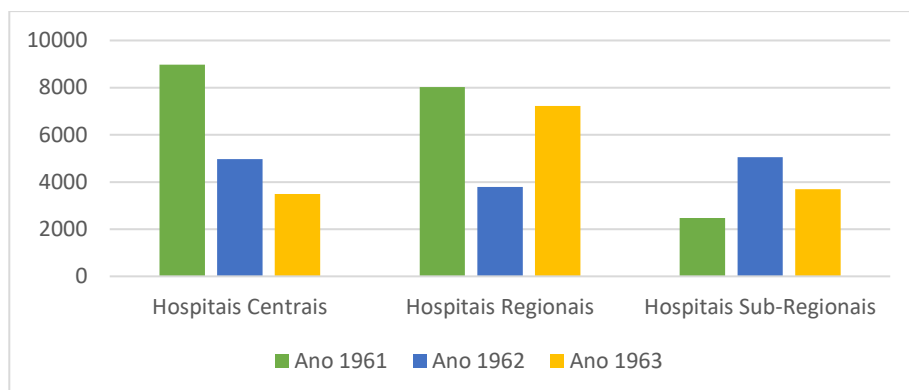
---

<sup>1445</sup> Cf. NETO DE CARVALHO, Francisco – (NOTA OFICIOSA) de 4 de Agosto 1965, p. 115.

<sup>1446</sup> Cf. LEI n.º 2120, p. 972.

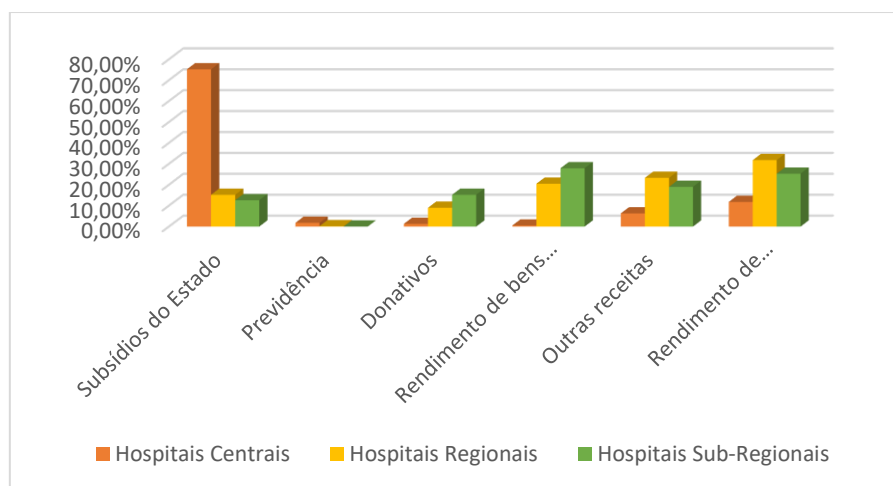
<sup>1447</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1015.

ainda, que os hospitais regionais eram aqueles que possuíam menor financiamento, face aos restantes<sup>1448</sup>.



**Gráf. 101:** Verbas atribuídas pelo Estado para o apetrechamento dos hospitais (1961-1963) – em contos

[Fonte: *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*]<sup>1449</sup>.



**Gráf. 102:** Financiamento hospitalar, segundo a tipologia de hospital (1962), incluído no *Plano Intercalar de Fomento* – em percentagem [Fonte: *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*]<sup>1450</sup>.

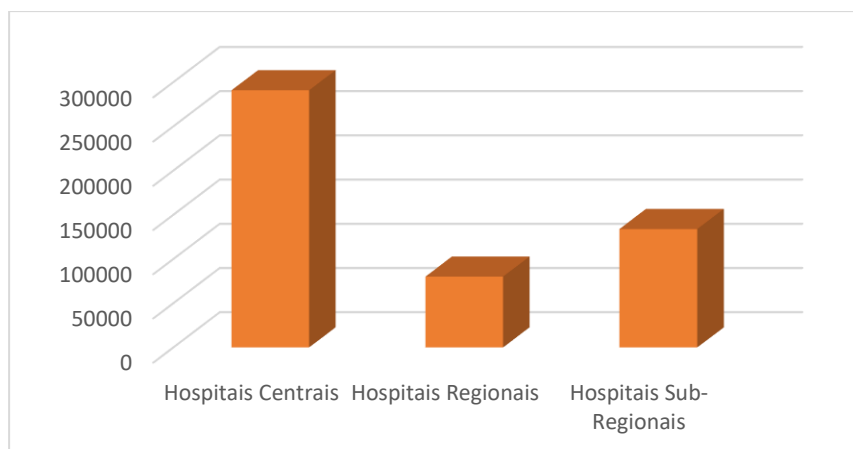
Nesse sentido, seriam canalizadas verbas de 140.000 contos para os hospitais regionais, 30.000 contos para a conclusão dos hospitais sub-regionais e 40.000 contos para centros de recuperação. Estes fundos eram provenientes do Orçamento Geral do Estado, do Fundo do Desemprego, das misericórdias, de empréstimos de instituições de previdência e outras receitas. Podemos, pois, concluir, analisando os dados relativos a este *Plano de Fomento*, que a grande massa de investimentos do Estado na área da

<sup>1448</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1021.

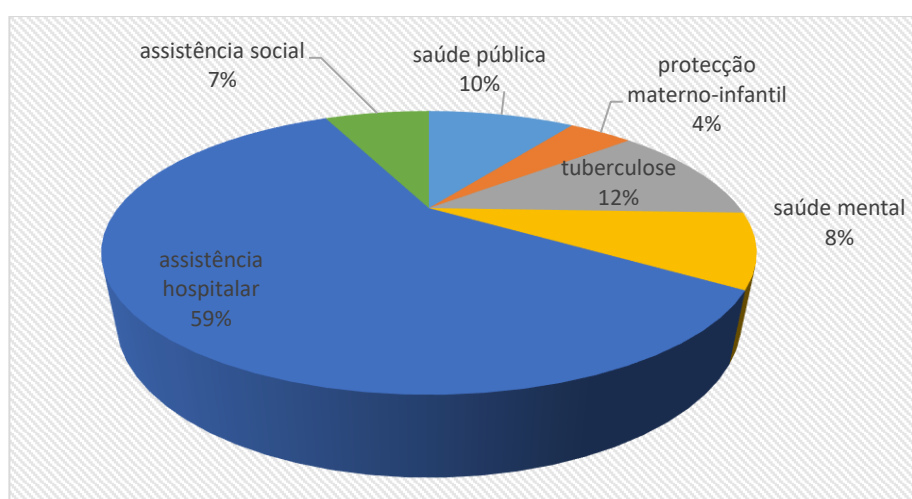
<sup>1449</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1450</sup> Idem.

saúde seria canalizada para a assistência hospitalar (59%), uma prova cabal de que o sistema se tornara hospitalocêntrico<sup>1451</sup>.



**Gráf. 103:** Total de receitas, segundo a tipologia hospitalar (1962), inscrita no *Plano Intercalar de Fomento* – em contos [Fonte: *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*]<sup>1452</sup>.



**Gráf. 104:** Investimentos, em percentagem, relativos ao *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967* [Fonte: *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*]<sup>1453</sup>.

No Parecer da *Câmara Corporativa* relativo ao *Plano Intercalar de Fomento*, podemos observar que os procuradores concluíram que o sistema não funcionava bem. O problema advinha da própria sequência temporal do estabelecimento da organização, responsável pela construção, ao longo dos anos de dezenas de hospitais sub-regionais,

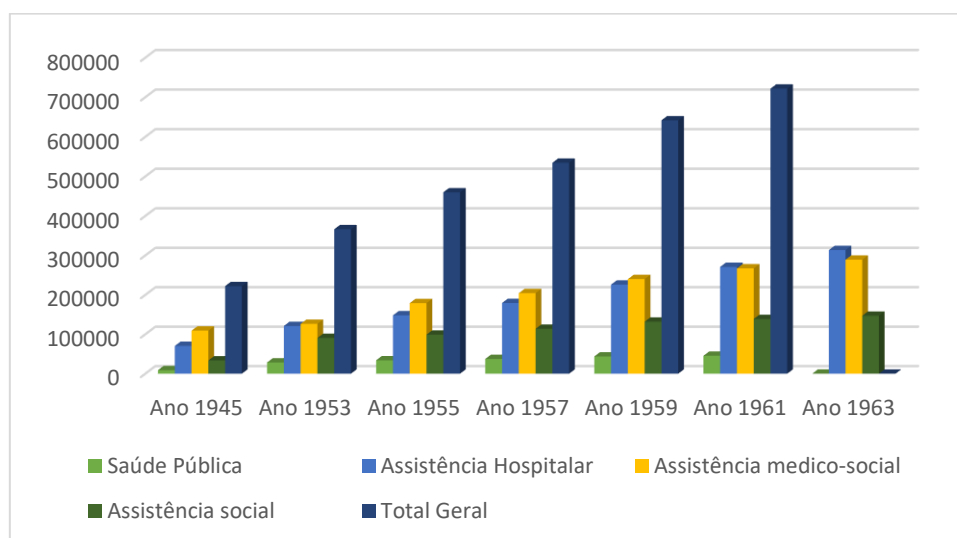
<sup>1451</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1025.

<sup>1452</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1453</sup> Idem.

quando se chegava à conclusão de que era proveitosa a concentração de meios técnicos. Contudo, a par das instalações, era exigido um eficiente sistema de mobilidade dos doentes entre os níveis de hospitalização, que parecia ainda ter graves deficiências. Ao nível do financiamento, a Câmara questionava o governo sobre porque não subsidiava praticamente nada aos hospitais sub-regionais e porque era praticamente nula a participação da previdência social nos encargos hospitalares<sup>1454</sup>.

O mesmo documento exarado pela *Câmara Corporativa* mostra-nos os números relativos à segmentação das dotações do Estado com a saúde e a assistência e o seu peso em relação à despesa geral do Estado, entre 1945 e 1963. Podemos observar que, durante as décadas de 1940 e 1950, a maioria das dotações eram canalizadas para a assistência médico-social e para a assistência hospitalar, sendo a primeira mais preponderante. Contudo, no limiar da década de sessenta, a assistência hospitalar ganharia terreno, num sistema que se tornaria hospitalocêntrico. Observe-se, ainda, que ao longo destas décadas, o investimento ao nível da saúde pública sempre foi quase desprezível quando comparado com os restantes sectores, a este nível.



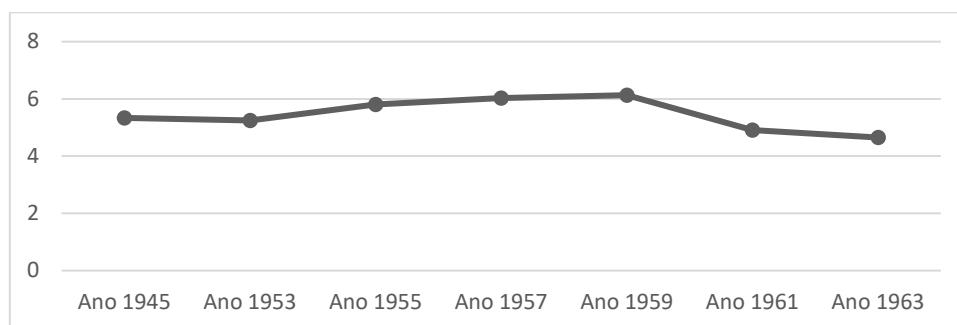
**Gráf. 105:** Dotações do regime ao nível da saúde e assistência, segmentadas por sectores, segundo o *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967* – em contos [Fonte: *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*]<sup>1455</sup>.

O mesmo documento apresenta-nos a evolução da despesa do Estado com a saúde e a assistência comparativamente com a sua despesa total. Como bem notou o

<sup>1454</sup> Cf. PARECER 17/VIII: PLANO INTERCALAR DE FOMENTO PARA 1965-1967, p. 905.

<sup>1455</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

conselho dos procuradores, não se registava uma tendência nítida para o emprego de verbas elevadas com os serviços de saúde, pelo contrário, a tendência era decrescente<sup>1456</sup>.



**Gráf. 106:** Despesa do Estado com a saúde e assistência, em relação à despesa geral do Estado (1945-1963), segundo o PARECER 17/VIII – em percentagem [Fonte: PARECER 17/VIII - Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967]<sup>1457</sup>.

Nas suas conclusões gerais, o Parecer considerava que o sector da saúde tinha merecido, por parte do governo, investimentos avultados em relação às possibilidades do país. Contudo, tais investimentos não tinham sido orientados segundo uma política sanitária global e bem definida. O funcionamento dos estabelecimentos oficiais, o estatuto dos seus servidores, a carência de verbas suficientes para a conservação do equipamento instalado e para a conservação dos edifícios, colocava o sector numa situação “menos satisfatória”. Por tal, a *Câmara Corporativa* sugeria uma reforma ampla do sector, satisfazendo as reivindicações dos seus trabalhadores, e a organização de um plano nacional de saúde autónomo, no qual fosse dado maior relevo às despesas de funcionamento dos serviços<sup>1458</sup>.

O discurso do ministro da Saúde e Assistência, Neto de Carvalho, proferido nos *Hospitais da Universidade de Coimbra*, datado de 13 de Janeiro de 1965, efectuando um balanço do ano anterior, dava conta da gravidade financeira dos hospitais centrais, de muitos regionais e de alguns sub-regionais<sup>1459</sup>. Contudo, o ministro chamava a atenção para a importância da publicação do Decreto-Lei nº. 46069, para o financiamento hospitalar. O diploma autorizava o governo a contrair, por intermédio do *Ministério das Finanças*, um empréstimo na *Caixa Geral de Depósitos, Crédito e*

<sup>1456</sup> Cf. PARECER 17/VIII: PLANO INTERCALAR DE FOMENTO PARA 1965-1967, p. 995.

<sup>1457</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1458</sup> Cf. PARECER 17/VIII: PLANO INTERCALAR DE FOMENTO PARA 1965-1967, p. 998.

<sup>1459</sup> Cf. Política Hospitalar II, p. 45.

*Previdência*, de modo a habilitar as câmaras municipais a satisfazer as responsabilidades dos encargos com a assistência nos hospitais gerais. Esse empréstimo tinha o valor de 80.000 contos e seria amortizado em vinte prestações anuais e iguais<sup>1460</sup>.

Tal empréstimo era entregue ao *Ministério da Saúde e Assistência* e a respectiva responsabilidade distribuída pelas câmaras municipais que, mediante despacho, discriminariam os montantes e estabelecimentos hospitalares a que se referiam os pagamentos, e as respectivas formas de reembolso à entidade credora<sup>1461</sup>. Talvez devido a este “balão de oxigénio”, Neto de Carvalho, no mesmo discurso, contradizia-se ao assumir que “o problema do financiamento hospitalar talvez não seja hoje o de maior gravidade”, embora concluísse pela necessidade de regularização da situação financeira destas instituições<sup>1462</sup>.

Outro ponto a ressaltar neste diploma seria o fim da “conta velha” das câmaras municipais, ou seja, a dívida hospitalar relativa aos anos anteriores a 1954, cujo pagamento era demasiado lento e constituía motivo de atraso na solvência das dívidas contraídas posteriormente. Em artigo publicado na revista *Hospitais Portugueses*, não assinado, mas provavelmente da autoria do seu director, Coriolano Ferreira, chegava-se à conclusão de que os métodos de pagamento dos serviços de saúde não estavam conformes com o desenvolvimento destes, nem com as aspirações legítimas das populações. O artigo sublinhava, ainda que, independentemente das ideologias dos governos ou da organização dos Estados, “o direito aos serviços médicos inscreve-se hoje universalmente na consciência dos povos, quando não nos textos das leis. Isto obriga a conceber os sistemas de financiamento desses serviços em termos diferentes dos usados até agora sob pena de se [...] chegar ao ponto de paralisar todo o sistema de assistência ou de o divorciar das exigências actuais das nações”<sup>1463</sup>.

Ainda em 1965, foi publicado o *Regime Financeiro dos Serviços e Instituições de Natureza Hospitalar*, através do Decreto-Lei nº. 46301. Este regime incluía os serviços e instituições dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*, oficiais ou particulares, gerais ou especializados. Os hospitais oficiais gerais passavam a gozar de

---

<sup>1460</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46069. *Diário do Governo. I Série*. 287 (1964-12-09), p. 1751-1752.

<sup>1461</sup> Ibidem, p. 1752.

<sup>1462</sup> Cf. Política Hospitalar II, p. 45.

<sup>1463</sup> Cf. As dívidas das câmaras. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XVI, nº. 150, Dezembro, 1964, p. 2-3.

personalidade jurídica e de autonomia administrativa, existindo a mesma possibilidade para os hospitais oficiais e especializados<sup>1464</sup>.

Segundo o diploma, as despesas de instalação e funcionamento destes serviços e instituições seriam cobertas pelas receitas provenientes do funcionamento dos mesmos (pagamentos do Estado, câmaras municipais, organismos de previdência ou outros...), pelos rendimentos de bens próprios das instituições (quotizações, donativos, heranças, legados e doações...), pelas dotações anualmente inscritas no Orçamento Geral do Estado e por subsídios concedidos pelo governo e autarquias, como já referimos, ou por quaisquer outras receitas legítimas<sup>1465</sup>.

Neste decreto-lei, os assistidos mantinham a sua classificação tripartida mediante a sua condição económica entre pensionistas, porcionistas e gratuitos. Cairia o termo “indigente”, substituído pelo de “gratuito”, mantendo-se, contudo, a sua essência, de não poderem ser responsabilizados por quaisquer encargos. As condições económicas dos porcionistas e gratuitos era determinada mediante inquérito organizado pelo serviço que prestava assistência. Tal determinação também poderia ficar a cargo das câmaras municipais. Contudo, o processo era bastante complexo, podendo estas últimas impugnar a determinação dos serviços hospitalares e vice-versa. A última instância seria sempre a comissão arbitral competente<sup>1466</sup>.

Os assistidos continuavam a ser os principais responsáveis pelos encargos de assistência. Quando não os podiam satisfazer, em todo ou em parte, teriam de responder pelos mesmos, por ordem sucessiva, os descendentes, ascendentes e cônjuge não separado, e ainda os irmãos ou sobrinhos que com eles tivessem economia comum. Para além da família do assistido, incumbia, por ordem sucessiva, aos concelhos, o pagamento das despesas de natureza hospitalar. O pagamento deveria, também, ser exigido directamente aos responsáveis pelas consequências do facto determinante motivador do episódio assistencial (acidentes de viação e de trabalho, doenças profissionais...), às seguradoras, quando houvesse transferência de responsabilidades, e às instituições de previdência. Cabia, contudo, ao Estado, prover à manutenção dos

---

<sup>1464</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46301, p. 488-490.

<sup>1465</sup> Ibidem, p. 489.

<sup>1466</sup> Ibidem, p. 489.



serviços e estabelecimentos oficiais de natureza hospitalar, na parte não coberta por estas receitas<sup>1467</sup>.

O pagamento das diárias e dos actos de assistência prestada nos serviços ou instituições hospitalares, oficiais ou particulares, regiam-se por tabelas fixadas e aprovadas pelo *Ministério da Saúde e Assistência*. Constituía despesa obrigatória dos concelhos, como já observámos, o pagamento da quota-parte atribuída pelos cuidados de assistência hospitalar prestados aos assistidos gratuitos e porcionistas com domicílio de socorro neles sedado. Era também obrigatória, a despesa concernente ao transporte destes doentes, quando necessitassem de se deslocar. Os concelhos apenas não seriam obrigados ao pagamento da assistência de doentes com tuberculose, lepra, a assistência psiquiátrica em regime de internamento para além de 180 dias, e em casos de surtos epidémicos. A participação dos concelhos nos encargos de assistência era a seguinte:

<b>Estabelecimentos</b>	<b>Porcionistas</b>	<b>Gratuitos</b>
Hospitais Centrais	16%	20%
Hospitais Regionais	12%	15%
Hospitais Sub-Regionais	8%	10%

**Tab. 32:** Participação dos concelhos nos encargos com a assistência hospitalar, consoante a condição económica dos utentes, de acordo com o Decreto-Lei nº. 46301 (1965).

O domicílio de socorro era, mais uma vez, especificado, sede de grande polémica ao longo dos anos. A mulher possuía o domicílio do marido. O menor tinha o domicílio dos pais, do pai, da mãe ou do tutor. Os internados mantinham o domicílio com que entravam nas instituições hospitalares, a menos que não fosse possível determinar a sua residência, caso em que ganhavam o domicílio de socorro no local onde seriam assistidos. Tal acontecia, da mesma forma, com os portugueses vindos do ultramar e do estrangeiro, que não residissem na metrópole há mais de um ano<sup>1468</sup>.

Para fazer face a estas despesas, as câmaras municipais eram autorizadas a lançar derramas, como já havíamos observado, que, para serem fixadas, sê-lo-iam com a

<sup>1467</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46301, p. 489.

<sup>1468</sup> Ibidem, p. 488-490.

a informação do *Ministério da Saúde e Assistência* face ao montante dos encargos a cobrir. Quando as derramas eram insuficientes para os encargos, o município deveria satisfazê-los através de outras receitas. Se estes encargos não fossem pagos voluntariamente, pelas câmaras municipais ou pelos assistidos ou familiares, era entregue aos tribunais. As dívidas prescreviam num prazo de 15 anos<sup>1469</sup>.

A mesma legislação criava, junto do *Ministério da Saúde e Assistência*, a Comissão de Financiamento Hospitalar. Dela, faziam parte uma panóplia de representantes políticos das mais variadas áreas, da saúde à assistência, previdência e seguros. Seriam eles: o director-geral dos Hospitais, seu vice-presidente; os directores-gerais da administração política e civil, do *Ministério do Interior*, da Contabilidade Pública, do Ensino Superior e das Belas Artes, dos Edifícios e Monumentos Nacionais, da Previdência e Habitações Económicas, da Saúde e da Assistência; um vogal representante do *Ministério das Obras Públicas* na Comissão de Construções Hospitalares; os presidentes das direcções da *Federação de Caixas de Previdência e Abono de Família* e da *Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais*; os directores do I.A.N.T., do *Instituto Maternal*, do *Instituto de Saúde Mental*, do *Instituto do Sangue* e do *Instituto de Assistência aos Leprosos*; o enfermeiro-mor dos *Hospitais Civis de Lisboa*, um representante dos hospitais escolares, um dos hospitais regionais e outro dos hospitais sub-regionais; um representante dos estabelecimentos e serviços de recuperação médica; um representante da *Ordem dos Médicos*; e um representante do *Grémio Nacional de Seguradores*<sup>1470</sup>.

<b>Comissão de Financiamento Hospitalar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Elaborar anualmente o plano de cobertura financeira dos hospitais, a elaborar no ano seguinte;</li> <li>•Fazer estudos e inquéritos, e dar parecer sobre os problemas de financiamento hospitalar que lhes forem submetidos pelo Ministério da Saúde e Assistência.</li> </ul>

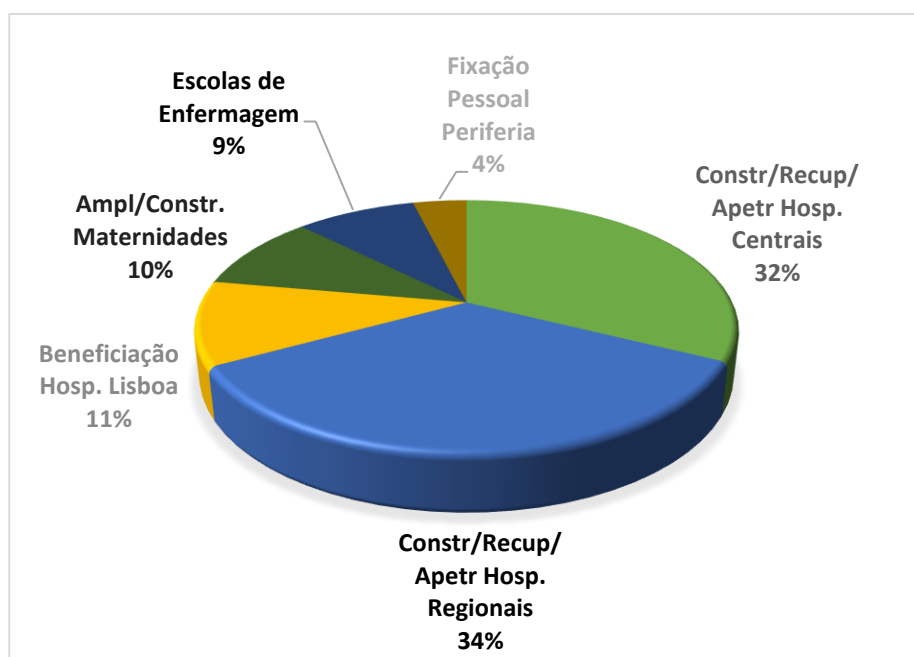
**Tab. 33:** Competências da Comissão de Financiamento Hospitalar, segundo o Decreto-Lei n.º. 46301 (1965).

<sup>1469</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 46301, p. 490.

<sup>1470</sup> Ibidem, p. 488-490.

Como podemos entender pela tabela acima, as competências desta Comissão baseavam-se na elaboração de um plano anual de cobertura financeira dos hospitais, e na execução de estudos e pareceres sobre o mesmo tema.

Em 1968 foi publicado o *III Plano de Fomento*, que mantinha integrado o sector da saúde. Como já pudemos observar, e tal como sucedera no *Plano Intercalar de Fomento*, a grande fatia das verbas seria dirigida para o financiamento hospitalar, comprovando, uma vez mais, o cariz hospitalocêntrico do sistema. Na verdade, observou-se um aumento exponencial das verbas dirigidas aos hospitais que, pela primeira vez, ultrapassariam um milhão de contos. Seriam divididas na construção, recuperação e apetrechamento de hospitais centrais e regionais, na beneficiação dos estabelecimentos hospitalares de Lisboa, na ampliação e construção de maternidades, nas escolas de enfermagem e na fixação de pessoal na periferia.



**Gráf. 107:** Canalização das verbas destinadas à assistência hospitalar, incluídas no *III Plano de Fomento* – em percentagem [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*]<sup>1471</sup>.

Em 1968 foi também publicado o *Estatuto Hospitalar*. O documento permitia aos ministros das Finanças e da Saúde e Assistência autorizar estes estabelecimentos a contraírem empréstimos destinados a antecipar receitas, até 70% dos créditos por

<sup>1471</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

cobrar. Os serviços oficiais e particulares, quando encerrassem as suas gerências com saldo positivo, deveriam, segundo esta legislação, constituir fundos de reserva para manutenção e remodelação das instalações, manutenção e substituição do seu apetrechamento<sup>1472</sup>.

## 1.6. As Misericórdias e a Assistência Hospitalar

A situação das misericórdias durante o início do Estado Novo revestia-se de grande complexidade. Até ao limiar do século XX, as misericórdias eram associações independentes, autónomas da jurisdição eclesiástica, apenas respondendo perante o poder político central. Durante o século XIX, observou-se, contudo, um aumento da intervenção do Estado nestas instituições. Em 1834, foi dissolvida a mesa da irmandade da *Misericórdia de Lisboa*, passando esta a ser gerida por comissões governamentais, tornando-se numa organização de assistência ao serviço do Estado. A partir de 1836, as misericórdias tomavam a obrigatoriedade de envio anual das suas contas para aprovação das autoridades<sup>1473</sup>.

O processo de Desamortização obrigou à aplicação do seu produto em títulos de dívida pública. As dificuldades internas e externas dos anos subsequentes e a consequente desvalorização da moeda contribuíram para um decréscimo da capacidade económica destas instituições e um enfraquecimento da sua acção, levando muitas à penúria e algumas à extinção. Maria Antónia Lopes e Isabel dos Guimarães Sá defendem que a I República não foi agressiva com as misericórdias. Apesar de se ter assistido a uma diminuição dos actos de culto, estas receberam do Estado maior apoio e respeito<sup>1474</sup>.

Em 1911, as misericórdias passaram para a alçada da *Direcção-Geral de Assistência*. O Estado vigiava a sua contabilidade, aprovava doações e alienações do seu fundo social, inspeccionava a sua assistência clínica e tinha o poder de dissolução. O

---

<sup>1472</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 48357, p. 606.

<sup>1473</sup> Cf. PENTEADO, Pedro – Misericórdias nos Séculos XIX e XX. In AZEVEDO, Carlos Moreira [dir.] – *Dicionário de História Religiosa de Portugal*. Vol IV, Lisboa: Círculo de Leitores, 2001, p. 188.

<sup>1474</sup> Cf. SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia – *História Breve das Misericórdias Portuguesas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008, p. 45.

governo tinha, ainda, o poder de nomear as suas comissões administrativas e de admitir irmãos<sup>1475</sup>. Em 1924, realizou-se o *I Congresso das Misericórdias*, onde se debateu, essencialmente o grave problema financeiro com que essas instituições se debatiam. As principais reivindicações foram desta ordem: que as misericórdias se tornassem, em cada concelho, o órgão primordial de assistência; que as câmaras municipais ficassem autorizadas a lançar e a cobrar um adicional às contribuições gerais para suprir as necessidades das misericórdias; que fosse suspensa a execução dos diplomas de desamortização que determinasse a alienação de bens imóveis; que fossem revogadas as disposições legais que proibissem ou restringissem o cumprimento de encargos culturais; isenções de impostos às misericórdias; o pedido de exclusivo das empresas funerárias<sup>1476</sup>. Contudo, entre 1910 e 1920 foram fundadas inúmeras santas casas por todo o país, num ritmo inverso com a indiscutível crise financeira da época, explicado por Maria Antónia Lopes como o resultado de um conjunto de legislação republicana que incentivava a sua criação<sup>1477</sup>.

As reivindicações do Congresso tiveram resposta incompleta, mas imediata. Ainda em 1924, a Lei n.º 1641 permitiu ao governo liquidar os *deficits* da gerência das misericórdias, desde que mantivessem serviços de assistência em hospitais<sup>1478</sup>. No mesmo ano, a Lei n.º 1667 autorizava o governo a lançar em cada concelho um adicional de 5% sobre todas as contribuições gerais directas do Estado, cujo produto reverteria para as misericórdias e outras instituições de assistência. A mesma lei determinava uma percentagem dos lucros da lotaria da *Misericórdia de Lisboa* para a assistência<sup>1479</sup>. Ainda em 1924, o Decreto n.º 10242 regulamentava os diplomas, reconhecia a autonomia administrativa destas instituições como organismos beneficentes de carácter privado sob fiscalização do Estado. As misericórdias que pretendessem aderir a financiamentos públicos tornar-se-iam instituições concelhias de assistência oficial<sup>1480</sup>. Como afirma Pedro Penteado, assistia-se a uma “municipalização das Misericórdias” e a uma maior dependência destas face aos subsídios estatais<sup>1481</sup>.

---

<sup>1475</sup> Cf. PENTEADO, Pedro, *op. cit.*, p. 189.

<sup>1476</sup> Cf. LOPES, Maria Antónia – As Misericórdias de D. José ao Final do Século XX. In PAIVA, José Pedro (coord.) – *Monumenta Misericordiarum: Fazer a História das Misericórdias*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2002, vol. 1, p. 95.

<sup>1477</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 93.

<sup>1478</sup> Cf. LEI n.º 1641. *Diário do Governo, Série I*. 169 (1924-07-29).

<sup>1479</sup> Cf. LEI n.º 1667. *Diário do Governo, Série I*. 203 (1924-09-08), p. 1279.

<sup>1480</sup> Cf. DECRETO n.º 10242. *Diário do Governo, Série I*. 246 (1924-11-01).

<sup>1481</sup> Cf. PENTEADO, Pedro, *op. cit.*, p. 189.

O Decreto nº. 10242 definia, ainda, a assistência obrigatória prestada pelas misericórdias em cada concelho: socorro aos doentes em hospitais e ao domicílio, protecção às grávidas e recém-nascidos, assistência à primeira infância desvalida e aos velhos e inválidos caídos em indigência. Tratavam-se de direitos sociais destas camadas populacionais<sup>1482</sup>.

Na verdade, as dificuldades sociais dos portugueses aos quais acudiram, durante o período da I República e o início da Ditadura Militar, exauriram as misericórdias. Em 1928, contudo, foi publicada legislação no sentido de estimular um aumento destas instituições um pouco por todo o país, estabelecendo algumas isenções fiscais, a concessão de subsídios por parte das câmaras municipais, e a distribuição de numerosas verbas por parte da *Direcção-Geral de Assistência* às instituições dotadas de hospitais<sup>1483</sup>. Na verdade, existia um problema financeiro relacionado com a actualização dos juros relativos aos títulos possuídos pelas Santas Casas. Em 1929, as receitas desses títulos estavam desvalorizadas 95%. No *II Congresso das Misericórdias* realizado no Porto, em 1929, estas instituições reivindicavam a actualização dos juros dos títulos do Estado, na linha do *I Congresso*, realizado em 1924<sup>1484</sup>.

O assunto da actualização dos juros arrastava-se há muito sem qualquer resolução legislativa. O Congresso solicitou ao governo a criação de “títulos de assistência” em ouro consolidado com juros de 6%. As pequenas misericórdias que não os possuíam deveriam ser subsidiadas. Os congressistas consideravam ter direito absoluto a subvenções estatais com carácter de restituição, indemnização e assistência social. Do ponto de vista doutrinal, apesar da sua inspiração cristã, foi acordado que as misericórdias não deveriam inquirir sobre o credo daqueles que beneficiavam, nem o deveriam fazer aos seus beneficiários. Como fraternidades cristãs particulares e autónomas, as misericórdias não consideravam qualquer tutela por parte da hierarquia eclesiástica<sup>1485</sup>.

No *Fundo do Ministério do Interior*, patente no *Arquivo Nacional Torre do Tombo*, encontramos uma circular, datada de 1932, dirigida aos provedores das “Misericórdias

---

<sup>1482</sup> Apud LOPES, Maria Antónia, *op. cit.*, p. 99.

<sup>1483</sup> Cf. SERRÃO, Joaquim Veríssimo – *História de Portugal*. Lisboa: Verbo, 1997. vol. 13, p. 492-494.

<sup>1484</sup> Cf. SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia, *op. cit.*, p. 46.

<sup>1485</sup> Cf. LOPES, Maria Antónia, *op. cit.*, p. 100.

excluídas e desfalcadas na distribuição de subsídios oficiais”<sup>1486</sup>. Trata-se de um documento da autoria de António Augusto de Aguiar Cardoso, presidente da Comissão Municipal de Assistência, durante catorze anos, e provedor da *Misericórdia da Vila da Feira* durante seis anos. Esta missiva apresenta manuscritamente o seguinte texto: “Para que Vossa Excelência Senhor Ministro do Interior veja que o decreto nº. 15809 (chamado das Misericórdias) que é ainda lei vigente, embora com a suspensão de meia dúzia de artigos não tem sido cumprido antes, ao contrário, os seus intuitos têm sido totalmente desvirtuados fazendo uma distribuição de subsídios que tem sido uma abjecta burla”<sup>1487</sup>.

O Decreto nº. 15809, datado de 1928, pretendia estimular o reflorescimento das misericórdias, restaurando o seu prestígio através da concessão de um conjunto de subsídios<sup>1488</sup>, os quais pareciam mal distribuídos, como denunciava António Aguiar Cardoso na mesma missiva. O provedor agrupava as misericórdias nas seguintes categorias, excluindo as de Lisboa e Porto, por receberem subsídios excepcionais:

<p><b>1º Grupo:</b></p> <p>Misericórdias locupletadas – 49  Meramente favorecidas – 27  Devidamente subsidiadas – 10</p> <p><b>Total: 86</b></p>	<p><b>2º Grupo:</b></p> <p>Misericórdias desfalcadas -205  Excluídas da distribuição – 28</p> <p><b>Total: 233</b></p>
--	--

**Tab. 34:** Classificação das misericórdias, segundo António Aguiar Cardoso (1932).

Segundo o autor, a distribuição de subsídios não foi equitativa: 90 concelhos nada receberiam, embora muitos deles possuíssem misericórdias, as mais pobres. Desfalcara-se o subsídio a mais 136 concelhos. Contudo, concomitantemente, algumas dezenas de misericórdias eram brindadas com grandes subsídios. A execução do Decreto nº. 15809 fora dada ao Conselho de Inspecção das Misericórdias, um organismo da *Direcção-Geral de Assistência*, constituído por seis provedores ou funcionários superiores das misericórdias (três escolhidos pelo governo e três eleitos por todas as misericórdias do

<sup>1486</sup> Cf. ANTT - *Ministério do Interior*, Gabinete do Ministro, mç. 464, pt. 2/34.

<sup>1487</sup> IDEM - *Ibidem*, mç. 464, pt. 2/34.

<sup>1488</sup> Cf. DECRETO nº. 15809. *Diário do Governo, Série I*. 175 (1928-08-02).

país). Segundo António Aguiar Cardoso, estes, contudo, fizeram suspender o Decreto n.º. 15809 e obtiveram do governo o Decreto n.º. 16142, que interrompia alguns artigos do anterior<sup>1489</sup>, de modo a beneficiarem em proveito próprio dos subsídios para as suas misericórdias<sup>1490</sup>.

Os subsídios do Estado competiam, segundo o autor da missiva, às terras de maior importância, como as sedes de distrito, centros de cultura onde se geravam iniciativas particulares que lhes proporcionavam os meios para desenvolver a sua assistência. Existia, pois, na sua opinião, uma incriteriosa parcialidade na obra da *Direcção-Geral de Assistência* e do Conselho das Misericórdias. Por tal, considerava que a assistência da maior extensão do território português havia “piorado lastimosamente” por culpa destes dois órgãos, que tinham engendrado o processo “manhoso, que urge desmascarar” dos institutos mais ricos açambarcarem os subsídios que pertenciam aos mais pobres, “aniquilando a assistência em 215 concelhos que constituem a grande maioria da população portuguesa”<sup>1491</sup>.

O novo *Código Administrativo*, publicado em 1936, determinava que as misericórdias das sedes concelhias passavam a ser os órgãos centrais de assistência pública e privada<sup>1492</sup>. Segundo Carlos Diniz da Fonseca, este diploma visava reestabelecer os tempos áureos destas instituições, tornando-as no grande centro concelhio da acção social e hospitalar. Se, de facto, até esta data, as Santas Casas viviam com problemas financeiros, a política traçada e executada pelo Estado Novo, ao conceder-lhes montantes apreciáveis, subsídios ordinários e eventuais, e subsídios de comparticipação para obras e equipamentos parece ter modificado a situação, conforme defende o mesmo autor<sup>1493</sup>. Contudo, o que observámos foi que a partir de 1937 se registaram cada vez menos misericórdias possuidoras de serviços de assistência na saúde (*vide* gráfico 108)<sup>1494</sup>. Na verdade, o aumento reiterado de subsídios estatais é notório essencialmente a partir de 1943, quando se nota um incremento do número de

---

<sup>1489</sup> Cf. DECRETO n.º. 16142. *Diário do Governo, Série I*. 264 (1928-11-15).

<sup>1490</sup> Cf. ANTT - *Ministério do Interior*, Gabinete do Ministro, mç. 464, pt. 2/34.

<sup>1491</sup> IDEM - *Ibidem*.

<sup>1492</sup> Cf. BASSO, José Fraústo – A Assistência Particular em Portugal e as Misericórdias: Elementos para o seu Estudo. In CONGRESSO NACIONAL DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS - *V Congresso Nacional das Misericórdias Portuguesas*. Viseu: Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas, 1977, p. 252.

<sup>1493</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos, *op. cit*, p. 245.

<sup>1494</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1956].



misericórdias prestadoras de cuidados de assistência na doença à população e quando esta se torna a sua principal despesa (vide gráfico 118) <sup>1495</sup>.

Em 1940 foi publicado um novo *Código Administrativo*, redigido por Marcello Caetano que, no seu artigo 433, colocava as misericórdias em segundo plano, não admitindo a centralidade administrativa proposta em 1936, alterando o seu estatuto jurídico, passando estas a constituírem irmandades canonicamente erectas <sup>1496</sup>. No Parecer da *Câmara Corporativa* de 25 de Março de 1943 sobre a proposta da Lei n.º 1998, Marcello Caetano explicava este retrocesso devido às objecções levantadas por grande parte destas instituições, que alegavam não possuir meios financeiros para exercer a missão centralizadora, em termos assistenciais, prevista em 1936 <sup>1497</sup>.

O *Código Administrativo* de 1940 atribuía às misericórdias a natureza jurídica de associações canonicamente erectas, o que mantinha a obrigatoriedade da aprovação dos compromissos por parte do governo, mas implicava, também, a sua integração na esfera eclesiástica, à revelia do que se poderia encontrar na *Concordata* e no *Estatuto da Assistência Social*. Segundo Maria Antónia Lopes e Isabel dos Guimarães Sá, a partir da publicação do *Código Administrativo* de 1940, parece provável que a hierarquia católica comesasse a intervir no funcionamento interno de algumas destas instituições. Em 1945, essa tutela eclesiástica admitia partilhar a sua tutela com o Estado <sup>1498</sup>.

Ainda segundo as mesmas autoras, alguns testemunhos comprovam que certas instituições passaram a negar a admissão aos que não fossem católicos praticantes <sup>1499</sup>. Contudo, ao torná-las associações canonicamente erectas, e sendo das mais importantes instituições assistenciais portuguesas, o legislador pareceu não ter previsto que a hierarquia católica pudesse controlar, através delas, a política assistencial do Estado, o que poderá ter sido tentado.

---

<sup>1495</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1956].

<sup>1496</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 31095, p. 345.

<sup>1497</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 90.

<sup>1498</sup> Cf. SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia, *op. cit.*, p. 46.

<sup>1499</sup> IDEM, *ibidem*, p. 45.

Misericórdias
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Sustentação de Postos Hospitalares, especialmente para socorros urgentes;</li> <li>•Socorro às grávidas e protecção aos recém-nascidos;</li> <li>•Por acordo com as Câmaras, a assistência aos expostos e desamparados;</li> <li>•Enterramento dos pobres e indigentes que não tenham família ou meios para o funeral.</li> </ul>

**Tab. 35:** Atribuições de exercício obrigatório das misericórdias, segundo o *Código Administrativo* de 1940.

Conforme ditava o relatório do Decreto-Lei nº. 32255, referente à reforma dos serviços da *Misericórdia de Lisboa*, publicado em 1942 e citado pelo subsecretário de Estado da Assistência Social, Joaquim Diniz da Fonseca, a tendência laicizadora da prestação da assistência mostrava-se “ineficaz e contraproducente”. Essa tendência laicizadora, julgando fortalecer o dever cívico ou de justiça social pela regeneração do preceito religioso da caridade, apenas o enfraquecia. Na sua opinião, só da justa harmonia e cumprimento de ambos os deveres poderia resultar a melhor assistência social. Competia, pois, ao Estado promover e “impor, mesmo coactivamente, o dever social de prestar assistência”; à Igreja estava confiada a missão de estimular a virtude caritativa<sup>1500</sup>.

Esta situação terá levado, na publicação do Decreto-Lei nº. 35108, as misericórdias a serem consideradas estabelecimentos de assistência ou beneficência com compromissos obrigatoriamente aprovados pelo *Ministro do Interior*, ouvido o governador civil do distrito e sob parecer da *Direcção-Geral de Assistência*. Junto às misericórdias seriam estabelecidas irmandades ou confrarias canonicamente erectas tendo como objectivo praticar actos de culto e conceder assistência religiosa e moral<sup>1501</sup>. As misericórdias passavam, pois, a estabelecimentos de assistência física, enquanto as irmandades se dedicavam ao amparo religioso<sup>1502</sup>. O mesmo diploma previa a revisão dos compromissos das misericórdias, tendo em consideração a defesa das suas tradições, o respeito pela vontade dos benfeitores, a necessidade de actualização das modalidades de assistência a seu cargo e a função supletiva que a lei lhes atribuía. Cumpria às misericórdias promover a criação das respectivas irmandades ou confrarias

<sup>1500</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Joaquim – As Misericórdias Portuguesas: Sua Origem e Possível Reforma. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 4/5, Junho/Julho 1943, p.147.

<sup>1501</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35108, p. 913.

<sup>1502</sup> Cf. SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia, *op. cit*, p.45.

e assegurar a estas o seu funcionamento pela inscrição, no seu orçamento, de verbas suficientes para as despesas inerentes<sup>1503</sup>.

Este decreto visava remediar a situação de ambiguidade provocada pela publicação do *Código Administrativo* de 1940, que possuiu duas reacções: controlo episcopal e restrição da admissibilidade. O novo decreto manteve a diferença existente entre misericórdia e irmandade, admitindo que a primeira não tinha capacidade para o desempenho de todas as funções que o novo *Estatuto da Assistência Social* reclamava. As misericórdias passariam a possuir uma dupla tutela: eclesiástica e estatal. Esta alteração seria visível em alguns compromissos, como o de Santa Comba Dão (1945) e o de Estremoz (1962). Em algumas misericórdias, como na de Setúbal, chegaram a existir dois compromissos: um da misericórdia e outro da irmandade<sup>1504</sup>. De facto, observaram-se situações distintas nas misericórdias espalhadas por todo o país, situação que deveria ser alvo de um estudo mais aprofundado.

O Episcopado terá reagido a este Decreto, fundamentando dois princípios - unidade da instituição e dualidade de tutela – ressaltando a índole orgânica cristã destas instituições, que passariam a ficar sujeitas ao Ordenamento Canónico<sup>1505</sup>. Diniz da Fonseca fala-nos de uma proposta do Episcopado, apresentada ao governo, assente numa unidade da instituição e de uma dualidade de actividade (social e espiritual), ressaltando os legítimos direitos do Estado e da Igreja. O mesmo autor afirmava que o autor do decreto, Trigo de Negreiros, subsecretário da Assistência Social entre 1945 e 1950, tinha consultado o Patriarca, Manuel Cerejeira, antes da sua publicação. Este, segundo a mesma fonte, não terá logo repellido o regime dualista, nem terá consultado o Episcopado<sup>1506</sup>.

António Crespo Carvalho, provedor da *Misericórdia da Covilhã*, considerava, em 1977, esta legislação com propósitos laicizantes e burocratizantes, tentando transformar as Santas Casas em “repartições do Estado”, onde se classificavam os doentes para o

---

<sup>1503</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 35108, p. 914.

<sup>1504</sup> Cf. PAIVA, José Pedro; FONTES, Paulo Oliveira – Introdução. In PAIVA, José Pedro (coord.) – *Monumenta Misericordiarum: Misericórdias e Secularização num século turbulento (1910-2000)*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, vol. 9, tomo I, 2010, p. 27.

<sup>1505</sup> Cf. CONGRESSO NACIONAL DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS - *V Congresso Nacional das Misericórdias Portuguesas*. Viseu: Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas, 1977, p. 12.

<sup>1506</sup> Cf. DINIS DA FONSECA, Carlos, *op. cit.*, p. 570.

respectivo pagamento<sup>1507</sup>. José Fraústo Basso<sup>1508</sup> considerava, no mesmo ano, que esta legislação alterava o conceito geral de misericórdia definido pelos Códigos Administrativos de 1936 e 1940, alterando o seu conceito jurídico, embora poucas tivessem sido as instituições que se tinham desdobrado<sup>1509</sup>.

A 9 de Agosto de 1948, os provedores das Misericórdias do Porto, de Coimbra e de Braga enviaram uma carta ao subsecretário de Estado da Assistência Social, onde criticavam a nova organização imposta pelo Decreto-Lei nº. 35108, e pediam o regresso à antiga fórmula. Segundo eles, era imposta pelo Estado uma laicização das misericórdias, transformadas em sociedades filantrópicas, longe do seu sentido histórico e espiritual. Tratava-se, no seu entender, de uma alteração violenta, que tendia à extinção das velhas misericórdias, levando à criação de outras de feição meramente profana, afastando a Igreja do exercício da caridade. Por tal, os signatários de tal missiva julgavam-se no dever de pedir ao subsecretário que fosse mantido o *status quo* às confrarias ou irmandades das misericórdias ou das santas casas das misericórdias. Os autores pediam, ainda, que as novas misericórdias que fossem fundadas, o fizessem pela forma antiga<sup>1510</sup>. O pedido foi registado, mas não obteve qualquer consequência.

Ainda em 1948, tendo em vista a renovação dos compromissos das misericórdias, o regime elaborou um questionário, que enviou a estas instituições, de forma a perceber a possível intromissão do poder eclesiástico no seu funcionamento. Obteve resposta de cerca de 189 misericórdias. Contudo, 32 dessas misericórdias, cujos compromissos mereceram aprovação quer do poder civil, quer da autoridade eclesiástica, pareciam revelar uma mais acentuada influência das autoridades religiosas, pelo que, sobre as suas respostas, incidiu uma especial atenção. Dessas 32 misericórdias, cerca de 31% declarou não possuir qualquer interferência das autoridades eclesiásticas, 12,5% admitiu cumprir a prescrição do Direito Canónico, 19% admitiu

---

<sup>1507</sup> Cf. CARVALHO, António Crespo – Comunicação da Misericórdia da Covilhã. In CONGRESSO NACIONAL DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS - V Congresso Nacional das Misericórdias Portuguesas. Viseu: Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas, 1977, p. 19.

<sup>1508</sup> **José Fraústo Basso (1901-1987):** natural de Nisa, licenciado em Direito, foi advogado e notário, desenvolvendo uma vastíssima obra na área da assistência social. Em 1932, foi provedor da *Santa Casa da Misericórdia de Nisa*. Em 1935, foi presidente da Comissão Administrativa da *Câmara Municipal de Nisa*. Foi presidente da direcção do *Asilo de Nossa Senhora da Graça*, em cuja qualidade integrou a *Câmara Corporativa*, na XI Legislatura, como representante das instituições privadas de assistência. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 45.

<sup>1509</sup> Cf. BASSO, José Fraústo, *op. cit.*, p. 56.

<sup>1510</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN-1C*, pt. 3.

interferência da autoridade eclesiástica na nomeação do capelão, 9% considerou a situação mal definida perante o poder civil e eclesiástico e 9% registou submissão, sob aspecto tutelar, às autoridades eclesiásticas. As restantes instituições não responderam ao questionário<sup>1511</sup>.

Perante estes resultados, o governo concluiu que as misericórdias, na sua grande maioria, mau grado o bom entendimento que mantinham com as autoridades religiosas, “que era de aplaudir”, não acusavam efectiva interferência do poder eclesiástico no desenvolvimento das suas actividades. Da mesma forma, considerava existir a necessidade de promover a criação das correspondentes irmandades canonicamente erectas e subordinadas à competente autoridade eclesiástica, para o efeito da prestação efectiva de assistência moral e religiosa aos assistidos e do cumprimento dos legados pios<sup>1512</sup>.

Segundo Carlos Diniz da Fonseca, com vista a resolver esta delicada questão, no início de 1946, foi nomeada pela Presidência do Conselho, uma comissão constituída, por parte da Igreja, pelo Arcebispo de Braga e, da parte do Estado, pelo professor de Direito, Álvaro Machado Vilela. A sua proposta, embora perfilhasse a unidade institucional das misericórdias, admitia o regime dualista para as que fossem fundadas após a publicação do Decreto-Lei nº. 35108. O autor afirma que o trabalho desta comissão parece ter caído no esquecimento. Em 1955, quando José Guilherme de Melo e Castro assumiu o *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* solicitou a Carlos Diniz da Fonseca um projecto de diploma sobre o assunto. Nele, o autor afirmava considerar as misericórdias enquanto “irmandades não eclesiásticas, mas eclesiais”. Contudo, este diploma também não obteve andamento<sup>1513</sup>, dado que Trigo de Negreiros, então ministro do Interior, não lhe deu seguimento<sup>1514</sup>.

Em 1962, Henrique Martins de Carvalho, ministro da Saúde e Assistência, nomeou uma nova comissão composta pelos advogados José Maria Braga da Cruz<sup>1515</sup> e por

---

<sup>1511</sup>Cf. Novo Compromisso das Misericórdias. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 65/67, 68/70 Julho/Setembro, Outubro/Dezembro 1948, p.130.

<sup>1512</sup> Cf. Novo Compromisso das Misericórdias, p. 130.

<sup>1513</sup> DINIS DA FONSECA, Carlos, *op. cit.*, p. 571.

<sup>1514</sup> Cf. REIS, Joana, *op. cit.*, p. 71.

<sup>1515</sup> **José Maria Braga da Cruz (1885-1989)**: advogado e notário. Licenciado em Direito pela *Universidade de Coimbra*, em 1911. Militante católico e monárquico, foi membro do C.A.D.C. de Coimbra e um dos fundadores do *Centro Católico Português*, em 1917. Após a instauração do Estado Novo foi eleito deputado à *Assembleia Nacional*, entre a I e a V Legislaturas. Em 1950, foi nomeado juiz

Carlos Diniz da Fonseca. O trabalho realizado foi entregue ao ministro da Saúde que se seguiu, Pedro Soares Martinez. Nele, optava-se pelo regime unitário, possuindo a inovação de permitir que pertencessem às santas casas pessoas não católicas praticantes, respeitadoras dos princípios cristãos. Contudo, este relatório também não teve consequências políticas, e assim seria até ao ocaso do Estado Novo de Salazar<sup>1516</sup>.

Na verdade, os dados obtidos parecem corroborar que as misericórdias responderam à obrigação ideológica, a elas imputada pelo Estado, no domínio da assistência, com uma diminuição da prestação deste tipo de cuidados, nomeadamente a partir de 1935, fenómeno em parte explicado pelo seu *deficit* financeiro. Esta tendência parece inverter-se a partir de 1943, altura em que algumas destas instituições partilharam uma tutela eclesiástica com uma tutela estatal, quando se nota um claro aumento do financiamento destas por parte do Estado. A partir de 1945, os subsídios do Estado seriam a principal fonte de receita destas instituições, e a assistência a sua maior despesa, dados que corroboram a redução das misericórdias a meros estabelecimentos de reabilitação física (*vide* gráfico 118).

De facto, este aumento do financiamento das misericórdias parece ter feito sentir o Estado Novo como o verdadeiro arauto, o salvador destas instituições. Tal parece estar patente no discurso de Joaquim Diniz da Fonseca, nas *II Jornadas de Mães de Família*, ocorridas em 1943. Segundo o mesmo, ante a decadência das misericórdias, perante a indiferença geral, surgiria o Estado Novo para pôr fim a essa tendência, permitindo aos “homens do governo enfrentar este como outros problemas”<sup>1517</sup>.

Em 1953, Carlos Diniz da Fonseca fazia publicar um artigo no *Boletim da Assistência Social*, onde declarava que as misericórdias entravam numa fase de franco ressurgimento, começando a inspirar confiança e simpatias locais, que explicavam as heranças, as doações, os legados e os donativos que frequentemente recebiam, e os cortejos de oferendas realizados todos os anos a seu favor. Para o seu “ressurgimento integral”, na opinião do autor, era necessário manter as misericórdias fieis ao seu

---

conselheiro do *Tribunal de Contas*, de onde se reformou em 1953. Cf. COSTA PINTO, António; BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009. vol. I, p. 87.

<sup>1516</sup> DINIS DA FONSECA, Carlos, *op. cit.*, p. 572.

<sup>1517</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Joaquim – Discursos proferidos na Segunda Jornada das Mães de Família. Separata da *Imprensa Médica*, ano IX, nº. 16, 1943, p. 5.

espírito tradicional, sem prejuízo da renovação da orgânica e da actividade. Para tal, competia a colaboração do Estado e dos particulares<sup>1518</sup>.

Este aumento do financiamento das misericórdias por parte do Estado, bem como o aumento da despesa com a assistência, especialmente a partir de 1943, insere-se conjunturalmente num período defensivo, preconizado pelo Estado Novo. Do ponto de vista interno, respondia à ameaça provocada pela agitação e por uma certa ruptura da paz social atingida durante a década de trinta. A nível externo, reagia à eminente derrota dos estados autoritários, com os quais o governo tanto simpatizava, durante a II Guerra Mundial. Por tal, para sobreviver, o regime necessitava de se manter na defensiva. O incremento das políticas sociais foi claramente uma das respostas dadas, de forma a poder ultrapassar este primeiro grande período de crise. Era, pois, necessário preparar o país para o pós-guerra<sup>1519</sup>.

Maria Antónia Lopes sugere-nos a existência, na década de trinta, de uma nova aceleração fundacional e revitalização das misericórdias. Surgem serviços altamente especializados nos hospitais. As manifestações culturais readquirem importância. Vulgariza-se a contratação de religiosas para o serviço hospitalar<sup>1520</sup>. Na verdade, a partir dos anos quarenta, as misericórdias mudaram de feição. A principal alteração consistiu na sua especialização na assistência hospitalar, facto que se vinha a tornar notório desde a década de trinta. Este processo de centralização, ao nível da saúde, parece ter provocado enormes dificuldades em algumas misericórdias, pelos elevados custos que os progressos técnicos da medicina foram tendo, pelo crescimento e importância do seu corpo clínico e pela dependência de diversas instâncias<sup>1521</sup>.

Trigo de Negreiros, em 1956, durante o *X Congresso Internacional dos Hospitais*, realçava “a obra generosa das misericórdias e dos seus hospitais”<sup>1522</sup>, que se alargara, e intensificara, de tal forma que, à data, ainda era o pilar da organização hospitalar portuguesa. João Maria Porto<sup>1523</sup>, por seu turno, num artigo sobre a organização

---

<sup>1518</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos – Da Organização Hospitalar do País, p. 55.

<sup>1519</sup> Cf. ROSAS, Fernando – *O Estado Novo (1926-1974)*, p. 375-376.

<sup>1520</sup> Cf. LOPES, Maria Antónia, *op. cit.*, p. 103.

<sup>1521</sup> Cf. PAIVA, José Pedro; FONTES, Paulo Oliveira, *op. cit.*, p. 30.

<sup>1522</sup> Cf. O X Congresso Internacional dos Hospitais. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 127/128, Janeiro/Junho 1957, p.123.

<sup>1523</sup> **João Maria Porto (1891-1967)**: médico. Teve formação internacional, com um curso de especialização sobre a tuberculose, em 1926, na *Universidade de Paris* e um curso de especialização em Clínica Pediátrica na mesma universidade. Foi director da revista *Coimbra Médica*, entre 1934 e 1948.

hospitalar portuguesa, publicado em 1957, admitia que os hospitais regionais e sub-regionais eram de carácter particular e mantidos, na sua quase totalidade, pelas misericórdias. À data da publicação da Lei nº. 2011, em 1946, cerca de 80% dos hospitais portugueses pertencia às misericórdias. Contudo, os seus edifícios estavam muito danificados, acanhados, com reduzido número de camas e escassos equipamentos. No que era respeitante ao programa de construção, equipamento e funcionamento que havia de decorrer nos hospitais das misericórdias, cabia ao Estado a concessão de técnicos, para a elaboração de planos e projectos, e de subsídios de comparticipação até 75% das despesas totais<sup>1524</sup>.

Em 1958, como já verificámos, foi criado o novo *Ministério da Saúde e Assistência*. No ano seguinte, teve lugar o *IV Congresso das Misericórdias*, que integrou as *Comemorações do V Centenário da Rainha D. Leonor*.

### **1.6.1. O IV Congresso das Misericórdias**

Em 1959, pela primeira vez durante o Estado Novo, as misericórdias reuniam-se em congresso, aproveitando as comemorações do *V Centenário da Rainha D. Leonor*. O congresso reuniu uma plêiade de personalidades e de temas debatidos, que iremos analisar, de fulcral interesse para as misericórdias.

O tenente Assis Gonçalves, director do *Instituto de Assistência à Família*, pedia a extinção das comissões regionais de assistência, cujas funções deviam, na sua óptica, reverter para as misericórdias. Pedia, ainda, ao Estado que amparasse estas instituições e lhes fornecesse os orçamentos, estabilizando-lhe os patrimónios, intervindo apenas sobre a “técnica orçamental”. Era necessário que as mesas fossem eleitas pelos irmãos, excluindo o espírito político. Na sua opinião, urgia fazer regressar estas instituições à sua missão de caridade cristã, reinstaurando nelas “a orgânica e espírito religioso das

---

Deputado à *Assembleia Nacional*, entre 1956 e 1961. Fundou, em Lisboa, no ano de 1957, o *Instituto de Cardiologia Social*. Foi membro da Comissão Técnica do Hospital Escolar, junto da Comissão Administrativa das Obras da Cidade Universitária de Coimbra, em 1957. Foi, ainda, director dos *Hospitais da Universidade de Coimbra*. Cf. UNIVERSIDADE DE COIMBRA – PORTO, João Maria (1891-1967). [Em linha], [cons. 15 Março 2015]. Disponível em WWW: [http://www.uc.pt/org/historia\\_ciencia\\_na\\_uc/autores/PORTO\\_joaomaria](http://www.uc.pt/org/historia_ciencia_na_uc/autores/PORTO_joaomaria)

<sup>1524</sup> Cf. PORTO, João – A Organização Hospitalar Portuguesa. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 127/128, Janeiro/Junho 1957, p.132.



confrarias”<sup>1525</sup>. Da mesma forma, o tenente pedia que as misericórdias se congregassem numa federação, recuperando a sua posição central na assistência concelhia, como organismos coordenadores e supletivos.

Os prelectores consideravam, pois, que as misericórdias tinham passado de percussoras a expectantes, debatendo-se com problemas de falta de receitas<sup>1526</sup>, necessitando de uma coordenação com as casas do povo, no que era relativo à assistência local<sup>1527</sup>. António Murteira, provedor da *Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas*, defendia a integração das misericórdias nas comissões municipais e paroquiais de assistência, onde estas instituições não tinham qualquer representação<sup>1528</sup>.

No mesmo congresso, Manuel Medeiros apresentou um artigo onde explicitava a tutela administrativa das misericórdias, percepcionadas enquanto instituições associativas, com património próprio e atribuições definidas, pessoas autónomas de direito privado, não devendo obediência aos órgãos do Estado fora dos cargos enumerados por lei. Contudo, estas instituições eram sujeitas a várias tutelas: a tutela do governo, da *Direcção-Geral de Assistência*, da Inspecção da Assistência Social, dos institutos coordenadores de assistência, das comissões regionais de assistência e do *Tribunal de Contas*<sup>1529</sup>.

Do ponto de vista da tutela governamental, as misericórdias só adquiriam personalidade jurídica no momento da aprovação dos seus compromissos pelo Estado. Ao Estado, e dependente da autorização ministerial, competia mover as operações com grandes capitais, nomeadamente aquisição e alienação de imóveis, empréstimo de capitais, realização de obras de vulto e despesas com o pessoal (para onde eram canalizadas mais de 30% das receitas das instituições). O autor sublinhava, ainda, a tutela das comissões regionais de assistência, de coordenação das actividades assistenciais dos concelhos, elaborando pareceres para aprovação dos seus orçamentos e

---

<sup>1525</sup> Cf. GONÇALVES, Assis – As Misericórdias na Evolução da Assistência Social. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas*: 1959. Vol. I, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 116-129.

<sup>1526</sup> Cf. BAPTISTA, Agostinho e TECEDIRO, Luís – As Misericórdias e a Segurança Social (de Percussoras a Expectantes). In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas*: 1959. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 9-14.

<sup>1527</sup> Cf. GOUVEIA, Adalberto – Coordenação entre assistência local: Relações entre Misericórdias e Casas do Povo. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas*: 1959. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 15-20.

<sup>1528</sup> Cf. MURTEIRA, António – Nótula sobre a constituição das comissões regionais de assistência. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas*: 1959. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 21-22.

<sup>1529</sup> Cf. MEDEIROS, Manuel – A tutela administrativa nas misericórdias. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas*: 1959. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 248-299.

contas de gerência. Por seu turno, o *Tribunal de Contas* aprovava as contas das instituições de assistência superiores a 500 contos. Os institutos coordenadores de assistência orientavam e coordenavam, em determinadas modalidades, a acção da assistência particular<sup>1530</sup>. As misericórdias eram, pois, instituições coarctadas.

No mesmo congresso, o problema da assistência hospitalar no nosso país também seria largamente abordado, em algumas comunicações proferidas por médicos como Cristiano Nina ou António Seabra, que sublinhavam os fracos recursos, materiais e humanos, dos hospitais sub-regionais e a necessidade de investimentos nos hospitais regionais, como observámos anteriormente. Também Coriolano Ferreira apresentou uma tese, onde explicitou as funções do hospital do futuro. Outros médicos, como Luís Vaz de Sousa, defendiam a corporativização da assistência social, apoiando-se na obra de Marcello Caetano sobre o sistema corporativo, que considerava os organismos corporativos morais os que visavam a assistência, beneficência ou caridade<sup>1531</sup>.

Como principal conclusão deste congresso, ficava a ideia de uma inadiável expansão dos benefícios efectivos de protecção às classes mais desfavorecidas, cuja condição geral - de nível de vida, nível educacional e sanitário - não chegava à suficiência. Do mesmo modo, tornava-se necessário, segundo o congresso, dar poder às misericórdias de forma a prevenirem o excessivo intervencionismo do Estado. Do mesmo modo, estas instituições não se deveriam confinar à assistência hospitalar, abrangendo outras actividades de profilaxia e educação sanitária, necessitando de apoio na defesa contra a mortalidade infantil e a tuberculose.

O mesmo congresso apontava, ainda, a necessidade do estabelecimento de carreiras profissionais para os médicos, devidamente hierarquizadas, duas carreiras paralelas – carreira hospitalar e carreira de saúde pública. Da mesma forma se apontava a necessidade de evolução do conceito de hospital para centro polivalente de acção social, abrangendo a defesa e a promoção da saúde, a satisfação das carências sociais e as facilidades de ensino e investigação. O *IV Congresso das Misericórdias* reconhecia, ainda, não estar desvanecido, na legislação, o respeito pela tradição da caridade cristã, mas considerava necessária legislação para adequar estas instituições, como

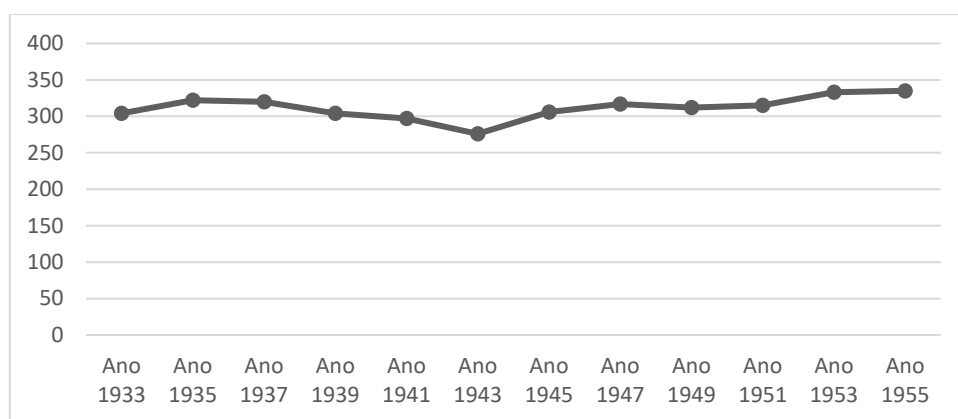
---

<sup>1530</sup> Cf. MEDEIROS, Manuel, *op. cit.*, p. 259.

<sup>1531</sup> Cf. SOUSA, Luís Vaz de - O Enquadramento Corporativo das Misericórdias. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas*: 1959. Vol. III, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 103-124.

irmandades, ao Direito Canónico, sem prejuízo da sua subordinação à actividade coordenadora e fiscalizadora do Estado<sup>1532</sup>.

Como já verificámos, as misericórdias desempenhavam um papel primordial na saúde dos portugueses. Estas instituições estavam espalhadas por todo o país, sendo os distritos de Portalegre e de Castelo Branco aqueles que apresentavam maior número destas instituições dedicadas a cuidados de saúde e de assistência, durante este período. De facto, entre 1937 e 1943 observou-se um decréscimo do número destas instituições com deveres assistenciais, número que em 1945 voltaria, contudo, a recuperar<sup>1533</sup>.



**Gráf. 108:** Evolução do total de misericórdias prestadoras de cuidados de saúde e assistência (1933-1955)

[Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1956)]<sup>1534</sup>.

De modo a tentarmos perceber a percentagem de hospitais das misericórdias face aos restantes, foi possível reunir dados entre 1945 e 1969. Se em 1945, cerca de 80% dos hospitais portugueses pertencia às misericórdias, durante a década de cinquenta registou-se uma clara diminuição do número destas instituições, na ordem dos 20%. A quebra do número de hospitais pertencentes às misericórdias foi compensada por um aumento sustentado do número de hospitais pertencentes a particulares e, em menor escala, pelo aumento do número de hospitais estatais (*vide* gráfico 109)<sup>1535</sup>.

Da mesma forma, os valores correspondentes à percentagem de estabelecimentos de saúde com internamento pertencentes às misericórdias corroboram

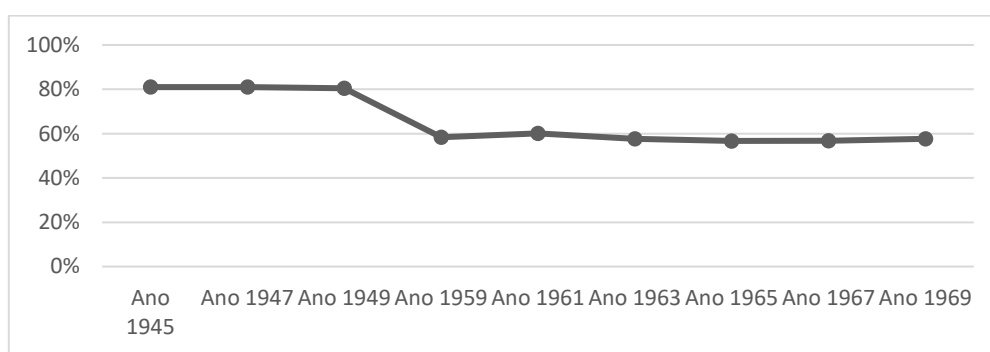
<sup>1532</sup> Cf. Conclusões do Congresso das Misericórdias. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. III, Lisboa: [s.n.], 1959, pp. 189-194.

<sup>1533</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1956].

<sup>1534</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

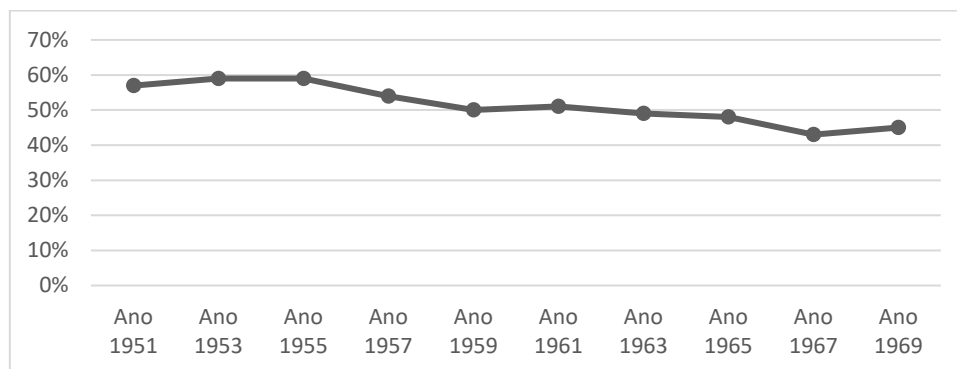
<sup>1535</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1945-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1946-1970].

uma perda de preponderância destas instituições a partir de meados da década de cinquenta. Note-se, contudo, que em 1969, ainda cerca de 45% dos estabelecimentos de saúde com internamento pertenciam a estas instituições<sup>1536</sup>. No entanto, reunindo dados relativos à década de sessenta, observou-se que, durante este período, as misericórdias eram detentoras de menos de 15% do total dos estabelecimentos de saúde portugueses, em mercê do crescimento sustentado de organismos pertencentes ao Estado, aos organismos corporativos, aos particulares e aos organismos de previdência (*vide* gráfico 111)<sup>1537</sup>. Também o número de camas pertencentes às misericórdias baixaria durante a última década do regime<sup>1538</sup>.



**Gráf. 109:** Percentagem de hospitais pertencentes às misericórdias face aos restantes (1945-1969)

[Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1946-1970)]<sup>1539</sup>.



**Gráf. 110:** Percentagem de estabelecimentos de saúde com internamento pertencentes às misericórdias face ao total (1951-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1956)]<sup>1540</sup>.

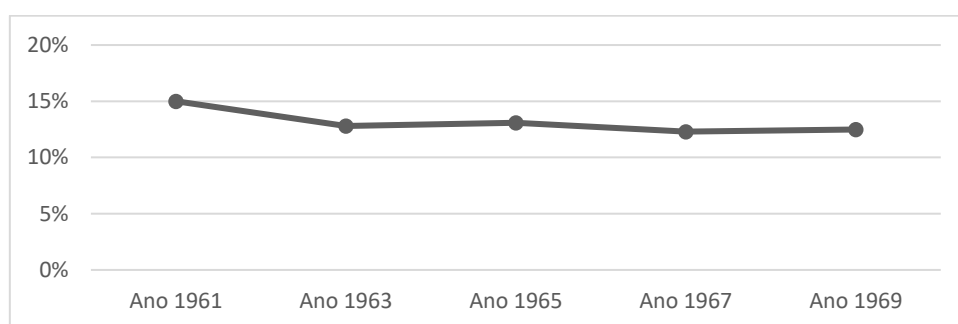
<sup>1536</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1956].

<sup>1537</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1961-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1962-1970].

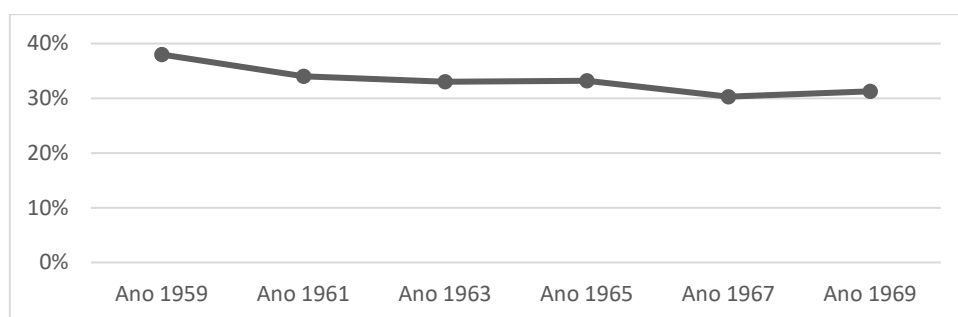
<sup>1538</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1970].

<sup>1539</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1540</sup> Idem.



**Gráf. 111:** Percentagem de estabelecimentos de saúde pertencentes às misericórdias face ao total de estabelecimentos de saúde (1961-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1962-1970)]<sup>1541</sup>.



**Gráf. 112:** Percentagem de camas pertencentes às misericórdias face às restantes (1959-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1970)]<sup>1542</sup>.

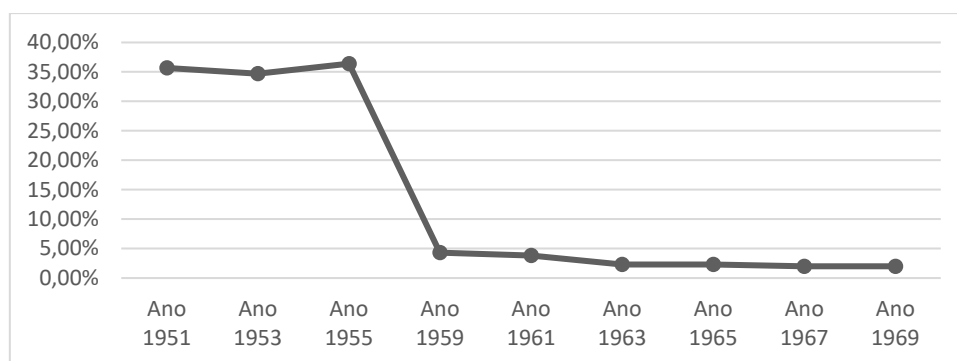
Se ao nível dos estabelecimentos de saúde com internamento, as misericórdias lideravam, ao nível de estabelecimentos isentos de internamento, consultando números referentes à década de sessenta, constatamos que estas apenas assumiam a custódia de cerca de 3 a 4 % destas estruturas<sup>1543</sup>. No que era respeitante a postos de socorros e de assistência e postos médicos, observamos que, se no início da década de cinquenta, as misericórdias eram proprietárias de grande parte desses serviços (35,7%, em 1951), a partir de 1959 a sua actuação nesta área tornou-se residual. Esta quebra parece ser

<sup>1541</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1542</sup> Idem.

<sup>1543</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1970].

explicada com o concomitante aumento do número de postos pertencentes a organismos corporativos e da previdência<sup>1544</sup>.



**Gráf. 113:** Percentagem de postos médicos sob dependência das misericórdias (1951-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1952-1960)]<sup>1545</sup>.

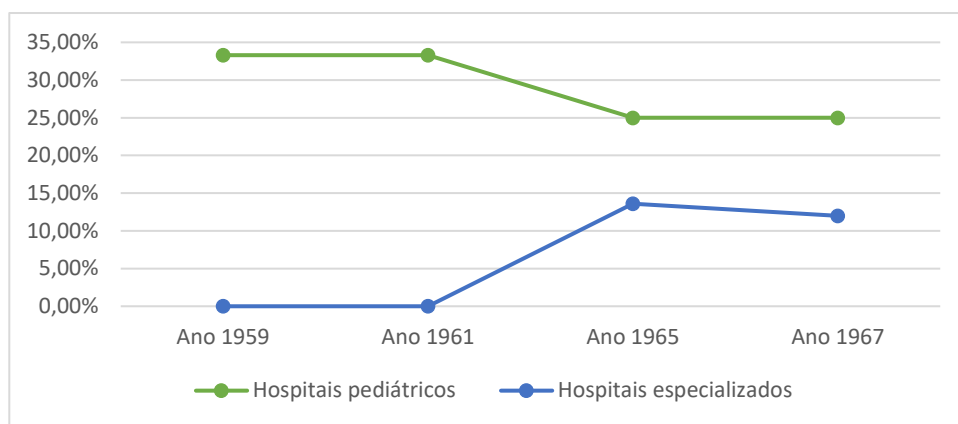
Em relação à importância das misericórdias ao nível dos hospitais pediátricos e hospitais especializados, apenas conseguimos reunir dados para a última década do regime, entre 1959 e 1967. Para esse período, concluímos que as misericórdias tiveram um importante papel ao nível dos hospitais pediátricos, sendo proprietárias de mais de um quarto destas instituições, enquanto ao nível dos hospitais especializados a sua actuação foi mais residual<sup>1546</sup>. Quanto à percentagem diária de internados, face aos totais registados nos restantes hospitais, entre 1961 e 1969, nota-se, da mesma forma, uma quebra, compensada com um aumento de internados nos hospitais do Estado e dos particulares<sup>1547</sup>.

<sup>1544</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1951-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1970].

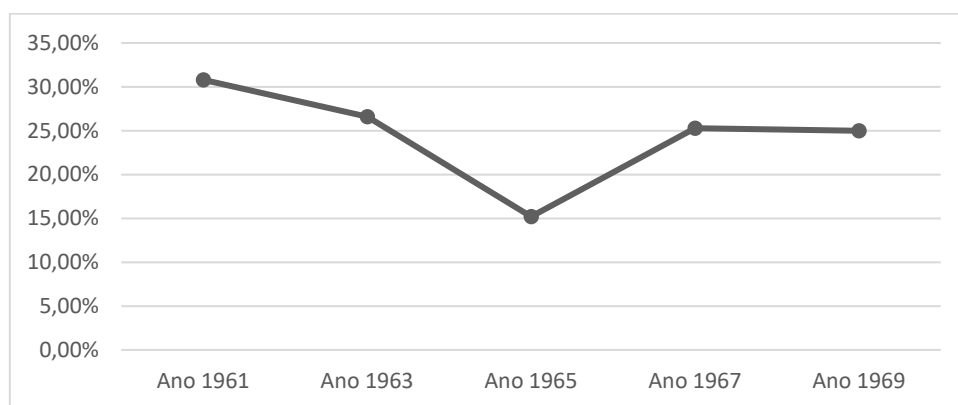
<sup>1545</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1546</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1968].

<sup>1547</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1961-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1962-1970].



**Gráf. 114:** Percentagem de hospitais pediátricos e hospitais especializados sob dependência das misericórdias (1959-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1960-1968)]<sup>1548</sup>.



**Gráf. 115:** Percentagem diária de internados nos hospitais das misericórdias (1961-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1956)]<sup>1549</sup>.

Como podemos observar, apesar de as misericórdias, durante todo o regime salazarista, terem sido essenciais, enquanto gestoras e proprietárias da grande maioria dos hospitais portugueses (note-se que em 1969 cabia-lhe 58% dos hospitais portugueses), observa-se uma perda da sua preponderância durante a década de cinquenta, que se mantém na década seguinte. Essa perda de preponderância nota-se através do decréscimo da percentagem de hospitais pertencentes a estas instituições, da diminuição da percentagem do número de camas por elas disponibilizadas, do decréscimo do número diário de internados nos seus hospitais. O decréscimo da

<sup>1548</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1549</sup> Idem.

percentagem de postos médicos pertencentes a estas instituições é ainda mais notória a partir de meados da década de cinquenta. Esta perda de preponderância poder-se-á explicar pelo incremento do número de instituições de saúde e assistenciais pertencentes ao Estado, aos organismos corporativos, à previdência e aos particulares.

No relativo ao financiamento das misericórdias, um dos grandes desafios, no século XX, passava por encontrar novas fontes de receita. Na verdade, continuaram a receber dotações financeiras de beneméritos, o que salvou muitas delas. De igual modo, em algumas delas, continuou-se a emprestar dinheiro a juros, o que era uma fonte de financiamento importante, bem como se perpetuaram receitas decorrentes da exploração de propriedades por foreiros<sup>1550</sup>. Recorreu-se, ainda a quotizações entre os irmãos, mas uma das práticas que mais se divulgou foi o cortejo de oferendas. Para além destas iniciativas, o financiamento do Estado foi decisivo e a grande maioria das misericórdias não teria sobrevivido sem ele<sup>1551</sup>. Os hospitais das misericórdias, nos últimos anos do regime, estavam sujeitos à tutela da *Direcção-Geral dos Hospitais*, subordinando as suas actividades às disposições legais do governo. Só assim seria possível receberem subsídios do Estado, fixos ou eventuais<sup>1552</sup>.

Os cortejos de oferendas eram iniciativas claramente apoiadas e controladas pelo governo, que enviava circulares aos governadores-civis e aos presidentes das comissões municipais de assistência, lembrando a conveniência destas “manifestações de altruísmo dos povos”<sup>1553</sup>. Cada um, na medida das suas possibilidades, concorria com o quinhão dos frutos produzidos nas suas terras ou com a quota-parte do rendimento do seu trabalho para que a misericórdia local pudesse socorrer aos necessitados. Os governadores-civis deveriam comunicar à *Direcção-Geral de Assistência* a data da realização dos cortejos, o valor das oferendas recolhidas e as freguesias, entidades e pessoas que mais generosamente contribuísem para o seu êxito<sup>1554</sup>.

---

<sup>1550</sup> Cf. PAIVA, José Pedro e FONTES, Paulo Oliveira, *op. cit.*, p. 34.

<sup>1551</sup> IDEM, *ibidem*, p. 34.

<sup>1552</sup> Cf. CARDIA, Mário – Política Hospitalar: Suas Relações com a Saúde Pública, o Ensino e a Previdência Social, p. 7.

<sup>1553</sup> Cf. POSSOLO, Guilherme – Circular da Direcção Geral de Assistência aos Governadores Civis – Cortejo de Oferendas – 4 Maio 1946. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 47/49, Janeiro/Março 1947, p.121.

<sup>1554</sup> Cf. POSSOLO, Guilherme – Circular da Direcção Geral de Assistência aos Governadores Civis – Cortejo de Oferendas – 4 Maio 1946, p. 121; Cf. POSSOLO, Guilherme – Circular da Direcção Geral de Assistência ao Presidente da Comissão Municipal de Assistência – 17 de Julho 1946. In



Em 1956, Trigo de Negreiros introduziu uma nova fonte de receita, que apelidaria de “Jeira de Deus” ou “Seara de Deus”, observável essencialmente em Trás-os-Montes. Para tal, em todas as freguesias, um ou mais proprietários destinavam pelo menos uma jeira (terra que bastasse para um dia de lavoura) à cultura do trigo ou de outro cereal, para a assistência da região. Outros habitantes encarregavam-se de a lavar, semear, ceifar e entregar o produto à misericórdia local<sup>1555</sup>.

A partir de 1962, temos informações de que as misericórdias recebiam subsídios da *Direcção-Geral de Assistência* para a execução de cortejos de oferendas. Esses subsídios eram de variado montante, consoante o objectivo do cortejo. Se o objectivo fosse a abertura de novos edifícios hospitalares, o montante era de 20 contos; se fosse para obras de reconstrução ou grande ampliação dos edifícios hospitalares, o subsídio era de 15 contos. Se, contudo, o objectivo do cortejo fosse cobrir as despesas gerais de manutenção, auferiria apenas 10 contos. No entanto, se estivéssemos perante misericórdias com hospitais regionais, os subsídios cresceriam para o dobro<sup>1556</sup>.

No Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Saúde e Assistência*, datado de 1961, regista-se que os hospitais regionais e sub-regionais recebiam do Estado, por cama, 7 a 11 vezes menos do que os hospitais centrais. Observe-se que a grande maioria destes hospitais pertenciam às misericórdias, que se debatiam com dificuldades financeiras, por não disporem dos recursos suficientes para fazerem face aos crescentes encargos da assistência hospitalar. Segundo aquele órgão consultivo, não fazia sentido consignar na lei que às misericórdias deveria competir o lugar primevo na actividade hospitalar e assistencial dos concelhos quando não lhes eram atribuídos os meios financeiros necessários e a possibilidade de recrutamento de pessoal técnico indispensável<sup>1557</sup>.

O mesmo documento chamava a atenção do governo alertando que, dado não ser possível ao Estado prover todas as necessidades sanitárias e assistenciais, deveria fomentar e auxiliar as misericórdias. Mas, mais do que isso, deveria respeitar as suas

---

SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 47/49, Janeiro/Março 1947, p.122.

<sup>1555</sup> Cf. A Jeira de Deus. In FERREIRA, Coriolano; LOPES, M. Ramos [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano VIII, nº. 48-49, Fevereiro-Março 1956, p. 3.

<sup>1556</sup> Cf. DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. C-11/62 – 2B (1962-01-26). In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho 1962, p.212.

<sup>1557</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1387.

susceptibilidades e a sua autonomia e independência, exercendo junto delas uma função mais orientadora do que fiscalizadora<sup>1558</sup>. Na verdade, a Lei nº. 2120 proclamava as misericórdias como órgãos locais de saúde e assistência, competindo-lhes o primeiro lugar nas actividades hospitalar e assistencial, por acção dos seus serviços próprios ou como centro coordenador<sup>1559</sup>. As misericórdias retomavam, pois, o papel central a nível local, que lhes havia sido negado anos antes.

Contudo, conforme notaria José Fraústo Basso, o *Estatuto da Saúde e Assistência*, nas suas Bases VI e XX, não revogava o Decreto-Lei nº. 35108, mantendo-se o problema da dualidade entre misericórdias e irmandades<sup>1560</sup>. Contudo, Carlos Diniz da Fonseca considerava que esta nova legislação era favorável às misericórdias<sup>1561</sup>.

Segundo o *Regime Financeiro dos Serviços e Instituições de Natureza Hospitalar*, publicado em 1965, as misericórdias às quais cabia a administração de hospitais ou serviços daquela natureza, deveriam suportar, pelos seus bens e rendimentos, dentro da suas possibilidades financeiras, a parte dos encargos que não poderia ser solvida pelas receitas dos assistidos, suas famílias e concelhos. O Estado admitia a sua contribuição supletiva para a manutenção daqueles serviços, sempre que as instituições não pudessem responder aos encargos, ou quando fossem criadas por iniciativa estatal<sup>1562</sup>. Note-se, ainda, que em 1966 seria publicado novo *Código Civil*, que permitia às pessoas colectivas, neste caso às misericórdias, adquirir e conservar bens imóveis a título gratuito<sup>1563</sup>.

Com a publicação do *Estatuto Hospitalar*, em 1968, novas imposições seriam colocadas às misericórdias. Esta legislação obrigava os hospitais das misericórdias a apresentarem os seus orçamentos, em separado e em anexo aos orçamentos gerais dessas instituições, dos quais deveriam constar apenas os totais das receitas e despesas previstas. Tais orçamentos deveriam obedecer às regras estabelecidas pelo *Ministério da Saúde e Assistência* e aprovados pela *Direcção-Geral de Assistência*, ouvida a *Direcção-Geral dos Hospitais*. A mesma legislação obrigava a que as receitas geridas pelos hospitais das misericórdias, que excedessem as necessidades normais dessas

---

<sup>1558</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1388.

<sup>1559</sup> Cf. LEI nº. 2120, p. 971.

<sup>1560</sup> Cf. BASSO, José Fraústo, *op. cit.*, p. 121.

<sup>1561</sup> Cf. DINIS DA FONSECA, Carlos – *História e Actualidade das Misericórdias*, p. 134.

<sup>1562</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46301, p. 489.

<sup>1563</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 47344, p. 1980.

instituições, deveriam ser utilizadas na valorização dos respectivos estabelecimentos. Quando se verificasse que as misericórdias realizavam despesas extraordinárias, com prejuízo do pagamento dos seus encargos, o ministro da Saúde e Assistência poderia determinar a aplicação de um programa de pagamento de débitos, com estreita limitação dos gastos extraordinários<sup>1564</sup>.

Do ponto de vista da organização administrativa e da direcção técnica dos hospitais das misericórdias, o *Estatuto Hospitalar* também emanava as suas directivas. Nestas instituições, a administração dos hospitais deveria caber aos órgãos estatutários, em estreita colaboração com os administradores e directores clínicos, podendo ser atribuídos deveres específicos e correspondentes às mesas ou direcções e aos provedores ou presidentes. Tratando-se de hospitais centrais, estes deveres e competências poderiam ser atribuídos, sob orientação do provedor, a órgãos específicos da organização hospitalar, sem prejuízo da superior administração da instituição. Contudo, os directores clínicos, os conselhos técnicos, as comissões médicas poderiam solicitar aos provedores que submetessem a despacho superior o seu parecer em relação a quaisquer deliberações que considerassem lesivas dos interesses hospitalares<sup>1565</sup>.

Note-se que, em 1965, já havia sido publicado o Decreto-Lei n.º 46668, que permitia às instituições particulares de natureza hospitalar a capacidade de criação de serviços de utilização comum, de modo a obterem melhor rendimento económico. Esses serviços de utilização comum poderiam ser constituídos a pedido das instituições interessadas ou por determinação do ministro da Saúde e Assistência<sup>1566</sup>.

Comparando os dados referentes às receitas e às despesas das misericórdias, apenas conseguimos congregiar dados entre 1933 e 1955. Observámos que à medida que as despesas aumentavam, as receitas aumentavam na mesma proporção, excepto entre 1953 e 1955, quando se nota uma quebra ao nível da receita<sup>1567</sup>. Entre 1939 e 1955 podemos traçar a origem das receitas das misericórdias. Se até 1941 a sua principal fonte de receita provinha dos rendimentos dos seus bens próprios, entre 1943 e 1945 os subsídios do Estado passariam a ser a sua principal fonte de rendimento. Contudo, a partir de 1947, a principal fonte de receita destas instituições é catalogada com a origem

---

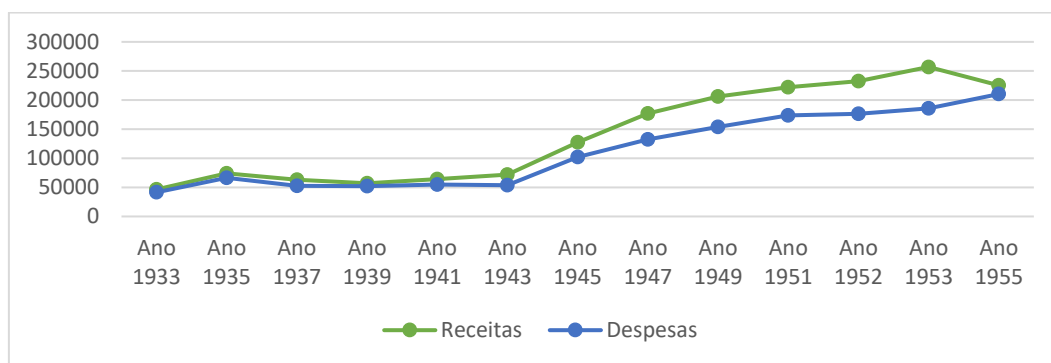
<sup>1564</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 48357, p. 606.

<sup>1565</sup> Ibidem, p. 606.

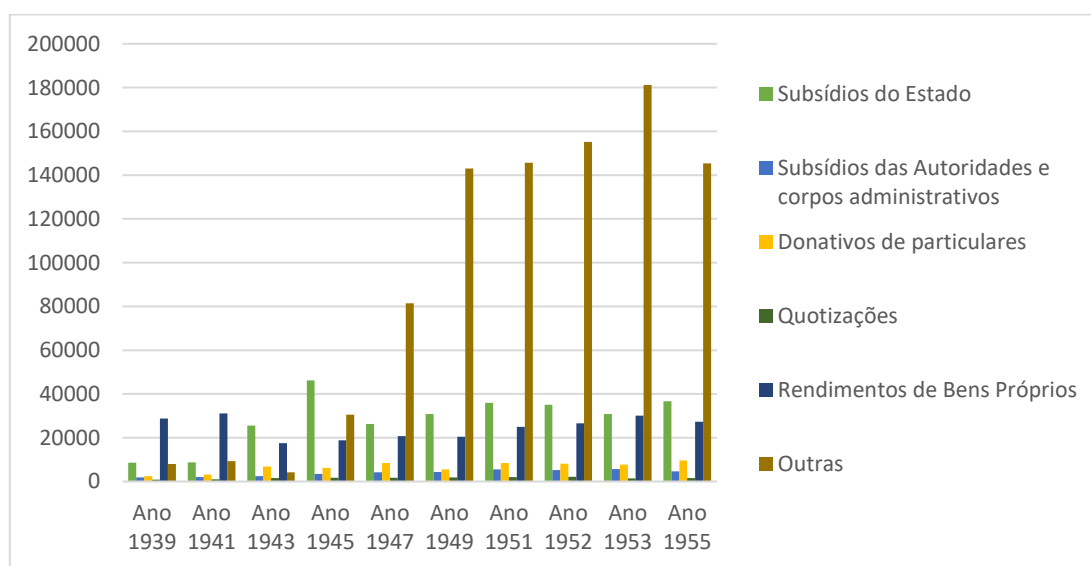
<sup>1566</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 46668. *Diário do Governo, Série I*. 267 (1965-11-24), p. 1531.

<sup>1567</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1956].

“Outras”, o que equivale a receitas não especificadas, que cresceriam até 1953. Que receitas seriam estas? As provenientes dos cortejos de oferendas, dos lucros dos pagamentos pelos serviços prestados, do empréstimo de dinheiro a juros ou da exploração da propriedade por foreiros?



**Gráf. 116:** Evolução comparada das receitas e das despesas das misericórdias (1933-1955) – em contos [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1956)]<sup>1568</sup>.



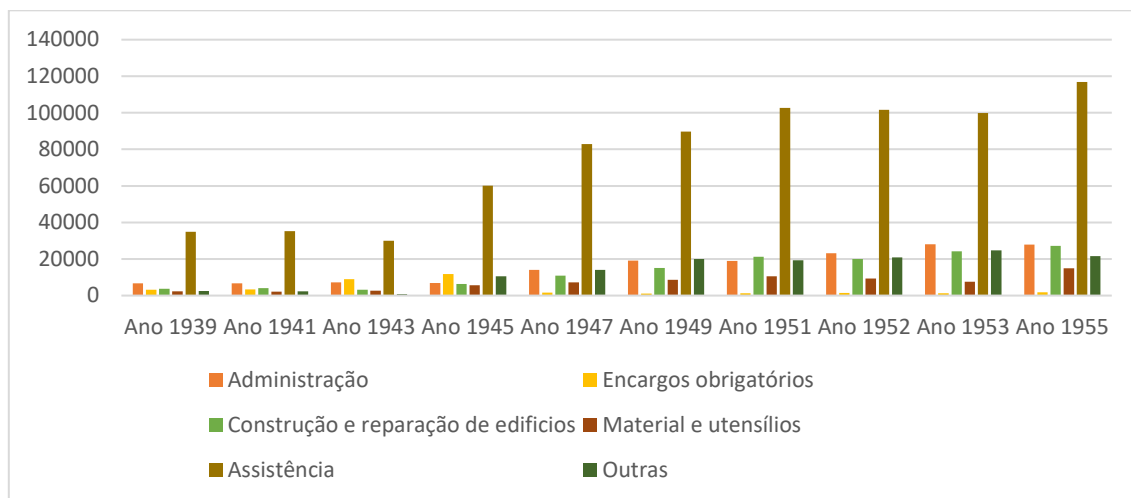
**Gráf. 117:** Evolução das receitas das misericórdias (1939-1955) – em contos [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1956)]<sup>1569</sup>.

No que era relativo às despesas das misericórdias, podemos observar que, durante o período de 1939 a 1955, a principal fonte de despesa seria a assistência, dispêndio que cresceria nos anos seguintes, o que comprova a sua especialização na assistência hospitalar. Outras despesas menores também cresceriam nesta época, como as relativas à construção e reparação de edifícios e as despesas com material e

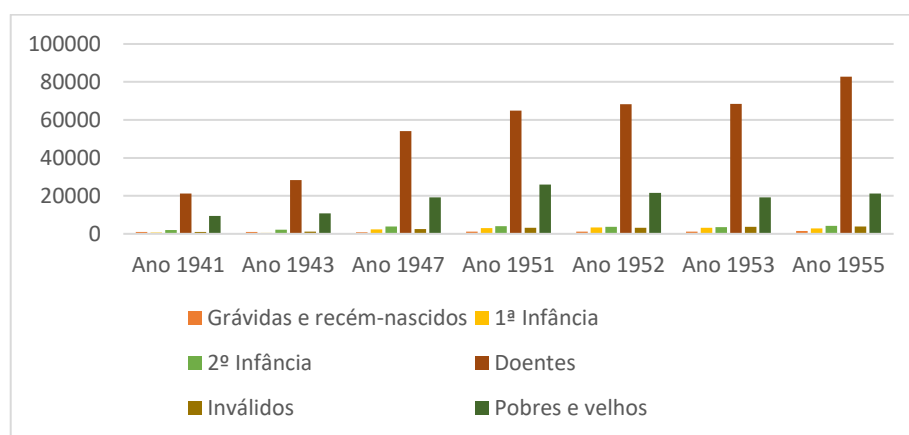
<sup>1568</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1569</sup> Idem.

utensílios<sup>1570</sup>. Na verdade, quando especificadas, as despesas das misericórdias com a assistência eram canalizadas essencialmente para a assistência aos doentes (*vide* gráfico 119)<sup>1571</sup>.



**Gráf. 118:** Evolução das despesas das misericórdias (1939-1955) – em contos [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1940-1956)]<sup>1572</sup>.



**Gráf. 119:** Despesas das misericórdias com assistência (1941-1955) – em contos [Fonte: Anuários Estatísticos de Portugal (1934-1956)]<sup>1573</sup>.

<sup>1570</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1956].

<sup>1571</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1941-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1942-1956].

<sup>1572</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1573</sup> Idem.

## 1.7. Estruturas de Assistência Psiquiátrica

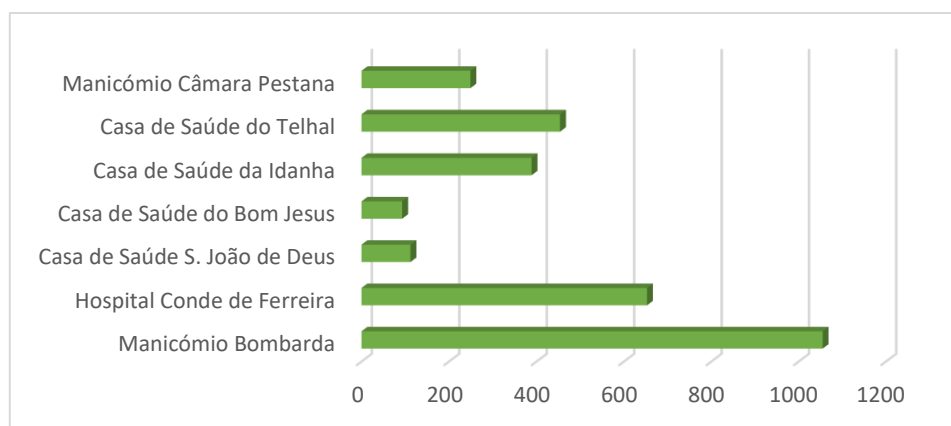
O primeiro estabelecimento destinado exclusivamente ao tratamento de doentes mentais, o *Hospital de Rilhafoles*, foi fundado em 1848. A assistência psiquiátrica, em Portugal, foi regulada, pela primeira vez, pela Lei de 4 de Julho de 1899, a *Lei Sena*, que gerou um fundo de beneficência para a criação de quatro manicómios, asilos para oligofrénicos e enfermarias anexas aos estabelecimentos penitenciários. Contudo, nenhum destes estabelecimentos foi construído. A reforma de 1911 autorizava o governo a edificar sete novos manicómios e a criar dez colónias agrícolas para assistência aos alienados incuráveis e válidos. Contudo, tal também nunca se viria a verificar.

Entre 1899 e 1942 abriram, no continente, apenas quatro estabelecimentos de assistência particular, fundados por ordens religiosas: as casas de saúde do Telhal, Idanha, Barcelos e Braga. Em Junho de 1941, foi publicada legislação autorizando a instalação, abertura e funcionamento, em Lisboa, de um centro de profilaxia de doenças mentais, orientado para os dois sexos, com o nome de *Hospital Júlio de Matos*. Até esta data, o único estabelecimento público para tratamento deste tipo de afecções era o *Manicómio Bombarda*, o antigo *Hospital de Rilhafoles*. Os restantes hospitais eram administrados por instituições privadas, embora para sua manutenção contribuíssem receitas e subsídios do Estado e das autarquias. Em 1939, no continente, o número total de hospitais dedicados ao tratamento de doenças psiquiátricas era de sete, albergando cerca de 3000 doentes<sup>1574</sup>. O estabelecimento com maior lotação era, sem sombra de dúvida, o *Manicómio Bombarda*, único estabelecimento oficial<sup>1575</sup>.

---

<sup>1574</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano 1939*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1940.

<sup>1575</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 31345. *Diário do Governo. I Série*, 147 (1941-07-27), p. 559-561.



**Gráf. 120:** Total de doentes nos diversos estabelecimentos psiquiátricos no continente, em 1939 [Fonte: *Anuário Estatístico de Portugal: Ano 1939*]<sup>1576</sup>.

A escassez de instituições e de camas para o internamento de doentes mentais, então intitulados de «alienados», vinha-se sentindo havia longos anos, desde a I República. Contudo, em 1941, “vencidas dificuldades de carácter social, administrativo e financeiro que durante vinte e oito anos fizeram arrastar a construção de um conjunto de edifícios destinados à instalação de um novo manicómio, se torna possível encarar a sua abertura e funcionamento a curto prazo”<sup>1577</sup>. Uma vez mais, ganhava protagonismo no financiamento de uma instituição hospitalar um legado de um benemérito, António Higinio Salgado de Araújo, que legou vinte mil escudos para a construção da clínica psiquiátrica<sup>1578</sup>.

Em 1945 foi publicada a Lei nº. 2006, que estabelecia as bases reguladoras da assistência psiquiátrica. Esta compreendia uma acção profiláctica, terapêutica e pedagógica. Ao Estado incumbia orientar, coordenar e fiscalizar essa acção tripartida no domínio das doenças e anomalias mentais. Cabia ao Estado, também, estimular e favorecer as iniciativas particulares nesta área, criando e mantendo os serviços considerados necessários para completar ou suprir a acção da assistência particular. Para tal efeito, o país era dividido em três zonas – norte, centro e sul - com sede, respectivamente, no Porto, Coimbra e Lisboa. Cada zona constituía um centro de assistência psiquiátrica<sup>1579</sup>. Os centros gozavam de autonomia administrativa, bem

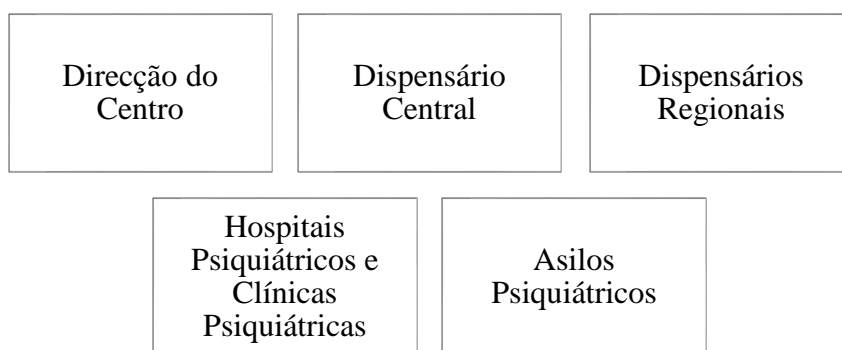
<sup>1576</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1577</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 31345, p.559.

<sup>1578</sup> Ibidem, p. 561.

<sup>1579</sup> Cf. LEI nº. 2006. *Diário do Governo. I Série*. 77 (1945-04-11), p. 241-243.

como os estabelecimentos oficiais neles integrados. Os estabelecimentos particulares de assistência psiquiátrica gozavam de autonomia técnica e administrativa.



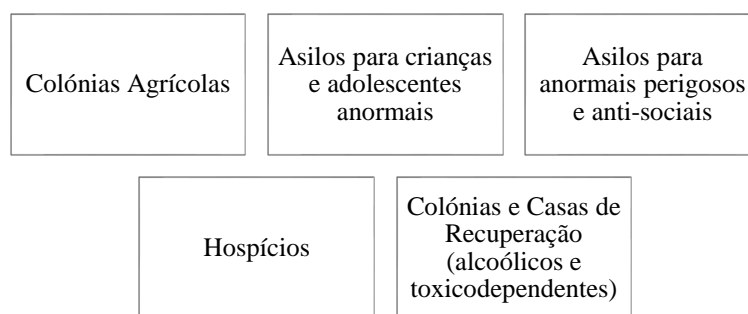
**Tab. 36:** Organismos constituintes de um Centro de Assistência Psiquiátrica, segundo a Lei nº. 2006 (1945).

Às direcções do centro competia orientar, coordenar e fiscalizar a assistência psiquiátrica nas suas zonas, organizar os processos de admissão nos estabelecimentos de assistência oficial, assegurar o registo dos doentes admitidos nos estabelecimentos oficiais e particulares, propor a concessão de subsídios, elaborar as estatísticas respectivas e actuar como órgãos de informação da Inspecção da Assistência Social. Aos dispensários centrais e regionais cabia exercer a acção profiláctica, observar e tratar, em regime ambulatorio, as doenças e anomalias mentais, vigiar os doentes no domicílio e manter as consultas de higiene mental e psiquiatria.

Aos hospitais psiquiátricos e às clínicas psiquiátricas universitárias ou às que funcionavam nos hospitais comuns pertencia fazer o tratamento, em regime aberto ou fechado, dos doentes agudos, realizar estudos e investigações científicas no domínio da saúde mental e proceder a exames médico-legais requeridos pelas autoridades. Os asilos psiquiátricos, por seu turno, tinham por função predominante o tratamento, em regime fechado, de doenças de evolução prolongada, empregando normalmente o método de ocupação e trabalho<sup>1580</sup>.

<sup>1580</sup> Cf. LEI nº. 2006, p. 242.





**Tab. 37:** Organismos compreendidos sobre a designação “Asilo Psiquiátrico”, segundo a Lei nº. 2006 (1945).

Ainda em Abril de 1945 foi publicado o regulamento da assistência psiquiátrica, que veio a consolidar o definido na Lei nº. 2006<sup>1581</sup>. A Lei nº. 2006, representou um progresso face aos anteriores cuidados de saúde psiquiátricos, ao instituir um regime de acesso dos doentes mentais aos serviços de saúde existentes. Contudo, manteve-se uma intervenção centrada nos hospitais psiquiátricos, de internamento e segregação, quando a nível internacional já se observava a integração dos serviços de saúde mental nos serviços de saúde geral, onde aos doentes era permitido um contacto directo com as populações<sup>1582</sup>.

Em 1947, o médico Manuel de Almeida Amaral realizou uma viagem de estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça, patrocinada pelo *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* e pelo *Instituto de Alta Cultura*, tendo elaborado um relatório. Nele, realça a assistência aos doentes mentais naquele país, que chegara a um elevado nível de eficiência, através da aplicação de métodos e processos terapêuticos mais modernos, executados por pessoal de excelente formação técnica, em estabelecimentos bem apetrechados. Para o caso português, o médico propunha um aumento do número de estabelecimentos psiquiátricos, com espaço suficiente, apetrechamento adequado, uma modernização dos antigos estabelecimentos, uma maior formação profissional dos funcionários, um aumento do número de médicos e

<sup>1581</sup> Cf. DECRETO nº. 34502. *Diário do Governo. I Série*. 83 (1945-04-18), p. 263-268.

<sup>1582</sup> Cf. FERREIRA, F.A. Gonçalves – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, p. 340.

enfermeiros. O médico propunha, ainda, a criação de uma secção médica na *Sociedade de Ciências Médicas*, destinada ao estudo da psiquiatria<sup>1583</sup>.

A 21 de Janeiro de 1950, foi inaugurada a *Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria*<sup>1584</sup>. Foi ela que, em 1953, representou Portugal na V Reunião da Federação Mundial para a Saúde Mental, realizada em Bruxelas, em Agosto desse ano. O delegado português naquela reunião, Jorge Baeta Neves, elaborou um relatório onde aconselhava que os dispensários de higiene e profilaxia mental deveriam ser coordenados pela *Liga de Higiene Mental*, à qual pertenciam todos os médicos especializados. O delegado defendia, ainda, uma acção de propaganda, por todo o país, no sentido de melhorar a higiene mental da população portuguesa<sup>1585</sup>.

Em 1953, foi autorizada a instituição, na zona norte, de um hospital e de um asilo psiquiátrico. Ao hospital seria dado o nome de Magalhães Lemos e o asilo seria conhecido por *Asilo de Travanca*<sup>1586</sup>. Na verdade, a partir dos anos cinquenta, foram desenvolvidos vários medicamentos tranquilizantes, como a *reserpina* e o *diazepam*, introduzindo o tratamento dos doentes mentais numa nova era, levando a uma redução da necessidade de internamento dos doentes. Seria, também, por esta altura que Egas Moniz receberia o Prémio Nobel da Medicina, em 1949, pelo desenvolvimento da leucotomia pré-frontal<sup>1587</sup>.

Contudo, no país do prémio Nobel, a assistência psiquiátrica possuía grandes falhas. O jornal *Avante* publicava, em 1957, uma notícia onde afirmava a dificuldade em internar doentes no *Hospital Júlio de Matos*, por não existirem camas suficientes, o que levava a que muitos dos lá internados tivessem de dormir no chão. Da mesma forma, essa era a razão por que muitos médicos daquele estabelecimento passavam altas injustificadas, apenas para vagarem camas<sup>1588</sup>.

---

<sup>1583</sup> Cf. AMARAL, Manuel de Almeida – Viagem de Estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.56 /58, Outubro/Dezembro, 1947, p.223.

<sup>1584</sup> Cf. Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.83 /85, Janeiro/Março, 1950, p.135

<sup>1585</sup> Cf. NEVES, Jorge Baeta – V Reunião da Federação Mundial para a Saúde Mental: Relatório do Delegado Português. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p.47.

<sup>1586</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 39306. *Diário do Governo. I Série*. 172 (1953-08-10), p. 1081-1082.

<sup>1587</sup> Cf. BASSO, Paula, *op. cit.*, p. 189.

<sup>1588</sup> Cf. 50 Doentes a Dormir no Chão. In *Avante*. VI série, nº. 229 (2ª quinzena de Fevereiro de 1957), p. 2.

Em 1958, foi criado o *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, que funcionava na dependência da *Direcção-Geral de Assistência*. Com personalidade jurídica e autonomia técnica e administrativa, competia-lhe orientar, coordenar e fiscalizar a acção profiláctica, terapêutica e pedagógica no combate às doenças mentais, criar e manter os estabelecimentos e serviços necessários à observação, vigilância e tratamento de doentes mentais, estimulando, coordenando e fiscalizando as iniciativas particulares. Ficavam sob sua dependência os estabelecimentos oficiais de assistência psiquiátrica<sup>1589</sup>.

Mais uma vez, para este tipo de assistência, o país era dividido em três zonas: zona norte, zona centro e zona sul. Em cada zona, o serviço era assegurado pelos seguintes organismos: dispensário central, dispensários regionais, brigadas móveis, hospitais, clínicas psiquiátricas e asilos psiquiátricos. Os dispensários centrais funcionavam nas sedes das respectivas zonas e estabeleciam acordos com os hospitais gerais ou especiais para o internamento de doentes. Os dispensários regionais deviam funcionar junto dos hospitais regionais, e desempenhavam as mesmas atribuições dos dispensários centrais nas regiões que lhe eram demarcadas. Sob dependência dos dispensários centrais ou regionais estavam as brigadas móveis<sup>1590</sup>.

Aos hospitais psiquiátricos, às clínicas psiquiátricas e aos serviços de psiquiatria dos hospitais gerais competia a observação, o tratamento e a correcção, em regime aberto, dos casos agudos e recentes de doença mental, bem como a observação e o tratamento, em regime fechado dos doentes que não pudessem ser assistidos em regime aberto. Por seu turno, os asilos psiquiátricos tinham por função o tratamento, em regime fechado, das doenças prolongadas<sup>1591</sup>.

Com a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, o *Instituto de Assistência Psiquiátrica* passava a ser considerado um instituto coordenador e a depender directamente do ministro da Saúde e Assistência<sup>1592</sup>. O mesmo diploma concedia autonomia administrativa às delegações do norte e centro deste Instituto e retirava a mesma autonomia aos dispensários centrais de Lisboa e Coimbra. Em 1959, foi, ainda, criada a *Colónia Agrícola do Lorvão*, destinada ao tratamento de doenças mentais de

---

<sup>1589</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 41759. *Diário do Governo. I Série*. 161 (1958-07-25), p. 698-701.

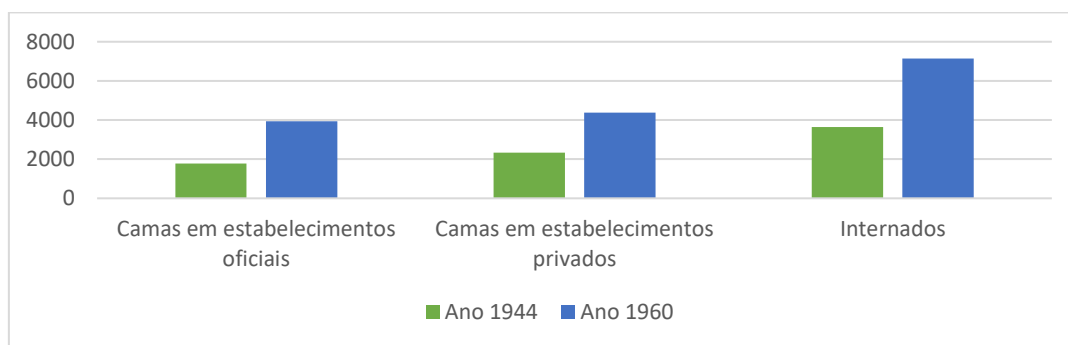
<sup>1590</sup> Ibidem, p. 699.

<sup>1591</sup> Ibidem, p. 700.

<sup>1592</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 42210, p. 379.

evolução prolongada, de modo a que pudesse obter a recuperação médica e social dos assistidos<sup>1593</sup>. Ainda no mesmo ano, entrava em funcionamento a primeira urgência psiquiátrica em Portugal, a funcionar vinte e quatro horas no *Hospital Júlio de Matos*<sup>1594</sup>.

Em 1961, em entrevista ao jornal *O Médico*, Martins de Carvalho, assumia que o problema sanitário que mais o preocupava era a saúde mental<sup>1595</sup>. No Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Saúde e Assistência*, datado do mesmo ano, este órgão consultivo considerava que, entre nós, “o quadro da saúde mental não se apresentava com as cores sombrias de tantos outros países”<sup>1596</sup>. Os dados contidos neste documento, revelam, entre 1944 e 1960, um crescimento do total de camas em instituições públicas e privadas, bem como uma duplicação do total de internados. Quanto às verbas afectas pelo Estado a esta modalidade de assistência, no período em causa, parecem ter crescido cerca de 700%, dos 7.500 contos, em 1944, aos 52.500 contos, em 1960<sup>1597</sup>.



**Gráf. 121:** Total de camas e de internados nos hospitais psiquiátricos (1944/1960) [Fonte: PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA]<sup>1598</sup>.

Para melhorar, contudo, este tipo de assistência, a *Câmara Corporativa* defendia a criação de novos estabelecimentos, dependentes ou coordenados pelo *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, mais tarde denominado *Instituto de Saúde Mental*. Enquanto o

<sup>1593</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 42490. *Diário do Governo. I Série*. 203 (1959-09-04), p. 1032-1033.

<sup>1594</sup> Cf. CORREIA, Joaquim Paiva – O Primeiro Banco Psiquiátrico em Portugal. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho 1962, p. 87.

<sup>1595</sup> Cf. O Plano de Sanidade Mental e a Nova Lei Hospitalar: A Obra do Ministério da Saúde e Assistência, p. 234.

<sup>1596</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1426.

<sup>1597</sup> Ibidem, p. 1426.

<sup>1598</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

número de camas de internamento não se mostrasse suficiente para os doentes que dele necessitassem, era necessário intensificar o tratamento ambulatorio dos doentes. Era, também, necessária uma maior preparação de enfermeiros especializados, bem como de médicos especialistas, ainda em número insuficiente para as necessidades do país, bem como a sua distribuição descentralizada<sup>1599</sup>.

Um dos legados de Martins de Carvalho, enquanto ministro da Saúde, foi a publicação da *Lei de Saúde Mental*. Publicada em 1963, resultava de um estudo desenvolvido nos anos anteriores, sob a égide reformista do primeiro titular da pasta. Segundo a Lei nº. 2118, a promoção da saúde mental abrangia uma acção profiláctica, terapêutica e recuperadora. Ao Estado incumbia, mais uma vez, a coordenação, a orientação e a fiscalização destas três acções, abrangendo, para além das anomalias mentais, as dependências, intituladas de “toxicomanias”. Incumbia ao governo, ainda, o favorecimento das iniciativas particulares e a criação e a manutenção dos serviços considerados necessários à promoção da saúde mental. Pelo articulado legislativo, mais uma vez aqui se nota que, no campo prático, nesta área, o Estado parecia assumir uma atitude centralizadora deste tipo de assistência sanitária.

O *Instituto de Saúde Mental* dependia do *Ministério da Saúde e Assistência* e era o responsável pela acção do Estado nesta área. Gozando de autonomia técnica e administrativa, este instituto era dirigido por um psiquiatra. Como órgão consultivo, o Instituto possuía o Conselho Técnico, ao qual incumbia emitir pareceres relativos à promoção da saúde mental. Constituído pelo director do Instituto e por representantes de vários ministérios, da *Ordem dos Médicos*, de hospitais, e profissionais da área da psiquiatria e psicologia, fazia também dele parte um representante da Igreja Católica<sup>1600</sup>.

Para além de um órgão consultivo, o *Instituto de Saúde Mental* possuía, também, uma comissão de estudo e informação sobre o alcoolismo e outras toxicomanias, o que delineava a importância destas adições ao nível da saúde pública. Do ponto de vista organizativo, mantinha-se a divisão tripartida do país em três zonas. Em cada zona, passariam a funcionar centros de saúde mental, com autonomia técnica e administrativa, sedeados na capital de distrito ou sede de região hospitalar. Estas instituições eram

---

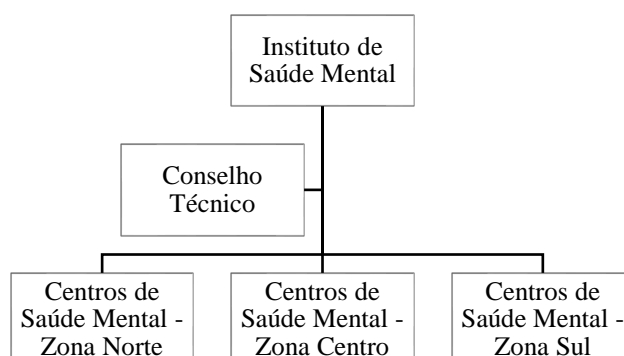
<sup>1599</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1427.

<sup>1600</sup> Cf. LEI nº. 2118. *Diário do Governo. I Série*. 79 (1963-04-03), p. 327.

geridas por psiquiatras. Os estabelecimentos oficiais inseridos nestes centros teriam receitas próprias e autonomia técnica e administrativa<sup>1601</sup>.

Instituto de Saúde Mental
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixar as condições de funcionamento dos estabelecimentos e serviços;</li> <li>• Intensificar a coordenação entre estabelecimentos e serviços;</li> <li>• Cooperar nos estudos relativos às condições socio-económicas e de trabalho e aos factores sanitários que influíssem na morbilidade de doenças mentais e toxicomanias;</li> <li>• Promover a preparação e aperfeiçoamento do pessoal;</li> <li>• Fomentar a investigação científica e prestar a assistência técnica solicitada;</li> <li>• Inspeccionar e verificar a legalidade da situação e condições de internamento dos doentes mentais;</li> <li>• Proceder aos exames medico-legais requisitados;</li> <li>• Registo de doentes admitidos em estabelecimentos oficiais e particulares e elaboração de estatísticas;</li> <li>• Dar parecer sobre projectos de construção, ampliação e requalificação de estabelecimentos e serviços psiquiátricos;</li> <li>• Publicar periodicamente um boletim de estudos psiquiátricos.</li> </ul>

**Tab. 38:** Competências do *Instituto de Saúde Mental*, segundo a Lei nº. 2118 (1963).



**Org. 22:** Organograma do *Instituto de Saúde Mental*, segundo a Lei nº. 2118 (1963).

Este diploma estabelecia, ainda, os estabelecimentos e serviços destinados à promoção da saúde mental infantil e dos adultos. A mesma legislação mostrava um regulamento rígido referente ao internamento de doentes mentais, tentando ressaltar os seus direitos e evitando o seu internamento abusivo. Segundo o articulado, a liberdade do internado só poderia ser restringida se se justificasse o tratamento, o bom

<sup>1601</sup> Cf. LEI nº.2118, p. 328.

funcionamento dos serviços ou a ordem e a segurança públicas, sendo proibida a absoluta impossibilidade de contacto com o exterior<sup>1602</sup>.

Saúde Mental Infantil	Saúde Mental do Adulto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensários de Higiene e Profilaxia Mental Infantil;</li> <li>• Serviços especializados de psicopedagogia infantil;</li> <li>• Clínicas e hospitais psiquiátricos infantis;</li> <li>• Serviços de tratamento de menores epiléticos, com perturbações motoras ou sensoriais;</li> <li>• Estabelecimentos de recuperação, educação e tratamento de menores educáveis, dependentes e treináveis;</li> <li>• Serviços de colocação familiar e assistência domiciliária;</li> <li>• Lares educativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais psiquiátricos e dispensários de higiene e profilaxia mental;</li> <li>• Serviços de recuperação para doentes de evolução prolongada;</li> <li>• Serviços psiquiátricos nos hospitais ou asilos gerais;</li> <li>• Estabelecimentos de recuperação de alcoólicos e outros toxicomanos;</li> <li>• Estabelecimentos de tratamento e correcção dos doentes mentais sem psicose;</li> <li>• Serviços de rastreio e tratamento de doentes mentais tuberculosos em hospitais psiquiátricos ou sanatórios;</li> <li>• Hospitais de dia e hospitais de noite, em coordenação com hospitais psiquiátricos e hospitais gerais;</li> <li>• Serviços de dia, destinados à assistência de doentes senis e deficientes mentais;</li> <li>• Serviços de colocação familiar e assistência domiciliária;</li> <li>• Serviços comunitários, livres, agrícolas, artesanais ou mistos;</li> <li>• Lares educativos para reinserção social.</li> </ul>

**Tab. 39:** Estabelecimentos e serviços destinados à profilaxia, tratamento e recuperação de doentes mentais, segundo a Lei nº. 2118 (1963).

Antecedendo a publicação desta legislação, encontrava-se o Parecer nº. 8/VIII da *Câmara Corporativa*, datado de Dezembro de 1962, tendo como relator Fernando Bissaya Barreto Rosa. O documento explicava o interesse do regime pelos portadores de doenças e anomalias mentais devido ao seu crescimento exponencial, constituindo uma forte preocupação dos Estados com tal população. Nesse sentido, a *Câmara Corporativa* pensava que promover a saúde mental representava “um dever urgente e imperioso”, independentemente do valor intrínseco do problema, tendo em conta que as “perturbações mentais entre nós, como em toda a parte, evoluem em ritmo aceleradamente progressivo<sup>1603</sup>”.

Em 1964, tentou-se agilizar a criação dos centros de saúde mental, através da publicação do Decreto-Lei nº. 46102, que permitia a sua implementação imediata, mediante portarias do *Ministério da Saúde e Assistência* com a regulamentação geral do

<sup>1602</sup> Cf. LEI nº.2118, p. 329-333.

<sup>1603</sup> Cf. PARECER 8/VIII: SAÚDE MENTAL. *Actas da Câmara Corporativa*. 31 (1962-12-12), p. 219.

seu funcionamento. Em Lisboa, Porto e Coimbra, os centros de saúde mental integrados em estabelecimentos hospitalares já existentes passariam a possuir autonomia técnica<sup>1604</sup>. No mesmo ano, seria produzida legislação no sentido da criação de condições para o recrutamento de pessoal, nomeadamente de médicos estagiários<sup>1605</sup>.

A questão da saúde mental constava, também, no relatório do *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*. Mais uma vez, esta era considerada um dos mais graves problemas de saúde, aumentando constantemente o número de doentes mentais. A criação do *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, em 1958, teria tido uma acção insuficiente, segundo o documento, por falta de recursos humanos e materiais. Da mesma forma, observava-se uma insuficiência de unidades, de pessoal técnico especializado e do número de leitos, tanto ao nível do Estado quanto dos privados. Nesse sentido, o relatório aconselhava uma preparação do pessoal médico e de enfermagem, em número e qualidade necessários. Eram também defendidas actividades de profilaxia das doenças e anomalias mentais, um alargamento dos serviços de saúde mental e um aumento do número de camas hospitalares para estes doentes. Do ponto de vista de investimentos nesta área, o plano reservava 30.000 contos, em sede de Orçamento de Estado, para o desenvolvimento de centros de saúde mental<sup>1606</sup>.

Em Abril de 1965, foi criado o *Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa*, que integrou o *Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa*<sup>1607</sup>. Em 1968, o *III Plano de Fomento* também incluía medidas para o sector da saúde mental. A Lei nº. 2118 era considerada uma concepção moderna no tratamento dos doentes mentais. Contudo, o diploma admitia um *deficit* de 4000 camas, irregularmente repartidas pelo país, bem como um *deficit* de especialistas e de pessoal de enfermagem, assistentes sociais e pessoal técnico auxiliar. Por seu turno, observava-se, também, o problema das instalações dos hospitais psiquiátricos.

A Lei nº. 2118 criou os centros de saúde mental, num movimento que se destinava a dotar o país de uma rede mais completa de assistência psiquiátrica, especialmente na periferia. Tornava-se, pois, necessária a preparação de pessoal médico, através do alargamento dos quadros dos hospitais psiquiátricos e a estimulação de novos

---

<sup>1604</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 46102. *Diário do Governo. I Série*. 299 (1964-12-23), p. 1916.

<sup>1605</sup> Cf. PORTARIA nº. 20585. *Diário do Governo. I Série*. 144 (1964-05-13), p. 676.

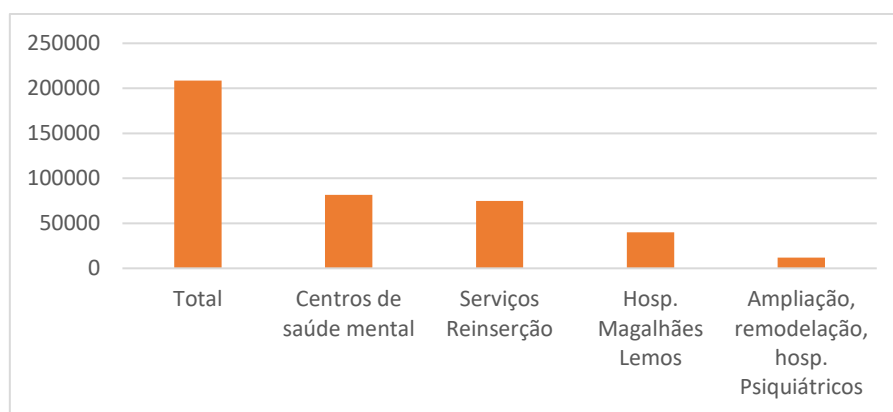
<sup>1606</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1109.

<sup>1607</sup> Cf. PORTARIA nº. 21250. *Diário do Governo. I Série*. 92 (1965-07-24), p. 676.



curso de enfermagem psiquiátrica. Para além disso, tornava-se essencial a criação de novos centros de saúde mental, aos quais seriam agregados hospitais de dia, lares de convalescentes e centros de trabalho, e a criação de serviços de recuperação de doentes mentais, destinados a casos de evolução prolongada<sup>1608</sup>.

Nesse sentido, foram libertadas verbas canalizadas para este sector, para a construção de centros de saúde mental, para serviços de reinserção, para as obras de conclusão do *Hospital Magalhães Lemos* e para a ampliação e remodelação de hospitais psiquiátricos. Como podemos observar, a implementação de centros de saúde mental era considerada prioritária, de acordo com o volume de verbas canalizadas. Note-se que as importâncias direccionadas para esta área seriam de cerca de 8,9% do investimento total, ao nível da saúde, ditado pelo *III Plano de Fomento*, uma prova da centralidade deste sector na área da saúde<sup>1609</sup>.



**Gráf. 122:** Verbas do *III Plano de Fomento* canalizadas para a saúde mental - em contos [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*]<sup>1610</sup>.

## 1.8. Estruturas Locais de Saúde e Assistência

O *Código Administrativo* de 1936, posteriormente republicado e alterado em 1940, traduzia a estrutura política e administrativa patente na *Constituição de 1933*.

<sup>1608</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8799.

<sup>1609</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 8801.

<sup>1610</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

Através dele, é possível perceber a existência de uma organização local em matéria de saúde e de assistência. Em 1936, uma das suas primeiras deliberações seria a extinção das juntas gerais de distrito, que tinham por atribuição criar e financiar estabelecimentos distritais de beneficência, instrução e educação<sup>1611</sup>.

As câmaras municipais possuíam atribuições e competências de assistência e de salubridade pública. Cabia a este órgão o auxílio para sustento dos expostos e crianças desvalidas, o internamento de alienados e a hospitalização dos doentes do concelho e a assistência aos mendigos. Note-se que, no *Código Administrativo* de 1936, não estava prevista a assistência aos mendigos, mas sim a sua extinção<sup>1612</sup>. Em termos de salubridade pública, em 1940, competia aos concelhos a protecção da água potável, dos esgotos, o tratamento dos lixos, a destruição dos mosquitos nas regiões palustres e a construção e administração de estabelecimentos de banhos públicos e águas medicinais. Contudo, em 1936, para além destas atribuições, cabia ainda aos municípios a criação de dispensários antirrâbicos e antituberculosos e de postos antimaláricos nas regiões mais afectadas, ou a concessão de subsídios a estas entidades. Competia, ainda, às câmaras municipais criar empregos e partidos para médicos, parteiras e enfermeiras, bem como subsidiar estabelecimentos e organizações de assistência, educação ou instrução. Exceptuando Lisboa e Porto, os restantes concelhos poderiam instituir novos serviços de assistência.

Como órgão consultivo municipal funcionava uma Comissão Municipal de Higiene, a quem competia dar pareceres sobre questões de salubridade pública, sugerir à câmara municipal todas as medidas que entendesse oportunas e coadjuvar o Presidente na execução das deliberações em matéria sanitária, podendo recorrer ao Conselho Superior de Higiene<sup>1613</sup>. Todas as câmaras municipais eram obrigadas a possuir um pelouro relativo à saúde e assistência.

Os partidos médicos constituíam serviços municipais especiais. Em todos os concelhos, exceptuando Lisboa e Porto, era obrigatória a existência de pelo menos um partido médico municipal. O seu número era fixado pelo Conselho Municipal (do qual faria parte um representante da misericórdia do concelho), mas nunca poderia exceder um partido por freguesia. A delimitação das áreas dos partidos dependia da necessidade

---

<sup>1611</sup> Cf. LEI n.º 88. *Diário do Governo. I Série*. 183 (1913-08-07), p. 2914.

<sup>1612</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 27424, p. 1781.

<sup>1613</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 31095, p. 1664.

de assistência clínica por parte da população do concelho, sendo desnecessários em zonas onde a assistência era assegurada pelas misericórdias ou casas do povo. Nas sedes de concelho apenas poderia existir um partido, sendo os restantes distribuídos pelas sedes das freguesias rurais<sup>1614</sup>.

Cada centro de partido médico rural era constituído por um posto de socorros urgentes com medicamentos e material. Às câmaras municipais era permitido fazer acordos com as misericórdias e casas do povo das freguesias rurais para que, mediante subsídio, assumissem o encargo da assistência clínica à população de determinada área não incluída na de um partido médico. Em cada partido deveria laborar um médico municipal com domicílio e residência obrigatória permanente na povoação onde fosse fixado o centro do seu posto. No *Código Administrativo* de 1936 previa-se que os médicos municipais da sede dos concelhos poderiam acumular as suas funções com a de delegados de saúde<sup>1615</sup>, o que não viria a acontecer no diploma de 1940.

Médicos Municipais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curar gratuitamente os pobres, os expostos, as crianças desvalidas e os presos;</li> <li>• Acudir às chamadas de urgência que, a qualquer hora, lhe eram feitas;</li> <li>• Fazer verificação dos óbitos, quando não houvesse assistência médica;</li> <li>• Efectuar vacinações e revacinações;</li> <li>• Fiscalizar a higiene escolar;</li> <li>• Vigiar a saúde das crianças expostas e desvalidas;</li> <li>• Fiscalizar serviços de infância desvalida e as amas;</li> <li>• Inspeccionar géneros alimentícios e bebidas;</li> <li>• Inspeção médica a indivíduos de portos e lugares infectados;</li> <li>• Visitar, pelo menos uma vez por semana, as povoações principais do seu partido a fim de dar consulta;</li> <li>• Auxiliar gratuitamente as intervenções cirúrgicas operadas nos hospitais na área do seu partido, quando os doentes sejam pobres e o cirurgião o solicite;</li> <li>• Auxiliar o delegado de saúde.</li> </ul>

**Tab. 40:** Atribuições obrigatórias dos médicos municipais, segundo o *Código Administrativo* de 1940.

Do ponto de vista dos encargos com a assistência, segundo o *Código Administrativo* de 1940, os municípios ficavam encarregues das despesas de transporte de doentes para tratamento antirrábico, quando os donos dos cães raivosos não fossem conhecidos ou não tivessem posses. Para além desta despesa, cabia às câmaras municipais as despesas com o tratamento e o transporte dos doentes pobres residentes no concelho, admitidos com guia passada pela câmara, nos *Hospitais Civis de Lisboa*,

<sup>1614</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 31095, p. 1656.

<sup>1615</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 27424, p. 1790.

*Hospital da Universidade de Coimbra, Hospital de Santa Maria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Instituto de Oncologia, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto e no Hospital de Santo António.* Note-se que, no *Código Administrativo* de 1936, cabia apenas às câmaras municipais as despesas do tratamento destes doentes, não incluindo o seu transporte<sup>1616</sup>.

As juntas de freguesia, em termos assistenciais, tinham várias funções, como a de organizar, conservar e rever anualmente o recenseamento dos pobres e dos indigentes da sua área. A pobreza ou indigência de qualquer morador da freguesia era provada por meio de certidão extraída do respectivo recenseamento paroquial. Essas certidões de pobreza ou indigência eram passadas gratuitamente, podendo ser substituídas por atestados passados pelo presidente da junta, em caso de morte de indivíduos sem família ou casos de extrema urgência. No *Código Administrativo* de 1936, pertencia às juntas de freguesia a instituição de comissões de beneficência, atribuição que não seria observável no *Código Administrativo* de 1940<sup>1617</sup>.

Juntas de Freguesia
<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover, solicitar e distribuir socorros pelos necessitados, previamente inscritos no recenseamento;</li><li>• Promover o repatriamento dos indigentes estranhos à freguesia;</li><li>• Proteger as crianças pobres através da organização de postos de protecção à maternidade e à 1ª infância;</li><li>• Fiscalizar o tratamento dos expostos entregues às amas;</li><li>• Solicitar às autoridades providências para o internamento de alienados e condução dos enfermos para os hospitais quando não tinham recursos para ser tratados em casa;</li><li>• Promover a organização de postos de socorros urgentes.</li></ul>

**Tab. 41:** Outras atribuições das juntas de freguesia, em termos de saúde e assistência, segundo o *Código Administrativo* de 1940.

Em cada freguesia existia uma figura – o regedor – representante da autoridade municipal. Este funcionário possuía, também, atribuições ao nível da saúde e da assistência, prestando auxílio às autoridades sanitárias, participando imediatamente ao delegado de saúde e ao presidente da câmara os factos perturbadores da saúde pública (aparecimento ou suspeita de doenças infecciosas; transgressões de leis, regulamentos e

<sup>1616</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 27424, p. 1831.

<sup>1617</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 31095, p. 1670.

posturas sanitárias), controlando a inumação de cadáveres e atestando óbitos na ausência dos médicos municipais.

As juntas de província possuíam, da mesma forma, atribuições assistenciais. A estes órgãos incumbia estudar e submeter a aprovação superior os planos de assistência social necessários à província, que devessem ser executados pelas autarquias em cooperação com as iniciativas particulares ou com a participação do Estado. Cabia, ainda, às juntas de província subsidiar a realização dos planos aprovados ou a extensão a novas modalidades da actividade assistencial. Se no *Código Administrativo* de 1940 estas eram, apenas, as atribuições sanitárias e assistenciais das juntas de província, no *Código Administrativo* de 1936 estas possuíam mais prerrogativas. A elas pertencia deliberar sobre a construção e a manutenção, através do seu orçamento e da comparticipação do Estado, de hospitais regionais, e sobre a construção e a manutenção de dispensários centrais, preventórios e sanatórios<sup>1618</sup>.

A nível distrital, os governadores-civis possuíam também atribuições ao nível da saúde e assistência. A eles cabia exercer as atribuições de polícia sanitária e, em especial, perseguir o exercício ilegal da medicina e outras profissões de saúde. Aos governadores-civis competia fiscalizar a administração das pessoas colectivas de utilidade pública administrativa (designação sob a qual eram consideradas as associações beneficentes ou humanitárias e os institutos de assistência ou educação: hospitais, hospícios, asilos, casas pias, creches, lactários, albergues, dispensários, sanatórios e estabelecimentos análogos fundados por particulares) e coordenar em todo o distrito a sua acção. Cabia, ainda, a estes funcionários a inspecção dos serviços de determinadas instituições, a aprovação dos seus orçamentos e os quadros de vencimento e provimento de pessoal e a realização de empréstimos. Ao governador-civil competia, também, dissolver as direcções ou administrações destas instituições e fiscalizar o cumprimento das obrigações impostas às misericórdias<sup>1619</sup>.

Contudo, ao longo dos anos, esta organização centrada nos municípios tornar-se-ia ineficiente e desactualizada. No *IV Congresso da União Nacional* foi debatido este tema por alguns conferencistas. Celestino Maia considerava-o um problema que se deveria resolver urgentemente, face aos milhões de portugueses que necessitavam de

---

<sup>1618</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 27424, p. 1801.

<sup>1619</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 31095, p. 1680.

uma organização de assistência médica, curativa e preventiva que substituísse a “saúde municipal”<sup>1620</sup>. O médico setubalense, António Emílio Sendas, que participou no mesmo simpósio, defendia que a distribuição e organização dos médicos pelos municípios era inadequada, pois as câmaras municipais não tinham coragem para obrigar os seus médicos a cumprirem as obrigações para com elas e os habitantes do concelho, extinguindo os partidos médicos que vagavam. O médico acreditava que era, no entanto, necessária a descentralização da organização sanitária, devendo ser a delegação de saúde o organismo de execução regional<sup>1621</sup>.

José Timóteo Montalvão Machado, no mesmo congresso ressaltava a importância do médico municipal, “pedra basilar da assistência clínica em Portugal”<sup>1622</sup>. Segundo o autor, competia a este profissional assegurar gratuitamente a prestação de serviços clínicos aos doentes pobres. Contudo, estes médicos não previram estímulos ou facilidade na fixação nos meios rurais. A actividade destes médicos devia ser auxiliada pelas câmaras municipais, obrigadas a adquirirem uma habitação para o profissional, e por enfermeiras-parteiras que os auxiliassem. Tal organização sanitária periférica poderia aliviar as câmaras municipais de muitos internamentos hospitalares<sup>1623</sup>.

## 1.9. Postos Médicos

Como podemos comprovar pelo gráfico 123, uma das estruturas mais frequentemente encontradas em todo o país eram os postos médicos. Estas estruturas sanitárias, a princípio pouco significativas, tiveram um célere crescimento no pós-guerra, mantiveram-se entre os finais da década de quarenta e o início da década de cinquenta na ordem das 800 instituições espalhadas pelo país. Contudo, a partir de finais da década de cinquenta, a implementação destes postos conheceu um crescimento exponencial, observando-se o incremento de 1000 postos espalhados pelo país até ao final da década de sessenta<sup>1624</sup>.

---

<sup>1620</sup> Cf. MAIA, Celestino, *op. cit.*, p. 102.

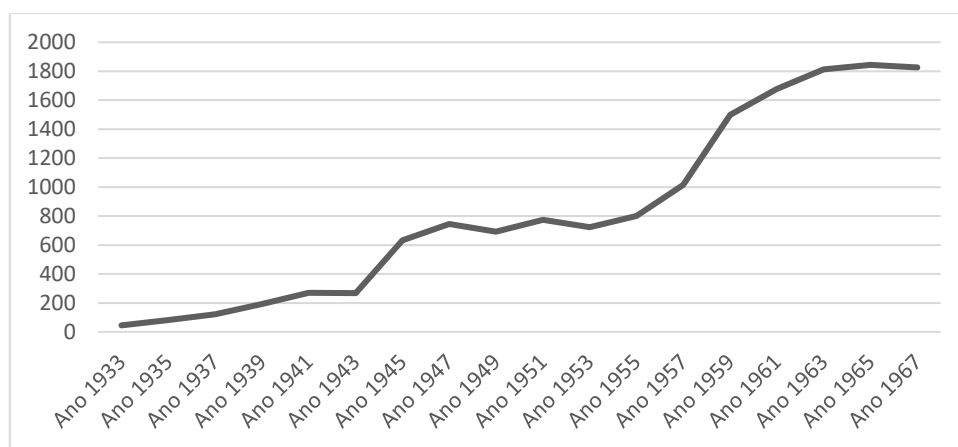
<sup>1621</sup> Cf. SENDAS, António Emílio, *op. cit.*, p. 145.

<sup>1622</sup> Cf. MACHADO, José Timóteo Montalvão, *op. cit.*, p. 126.

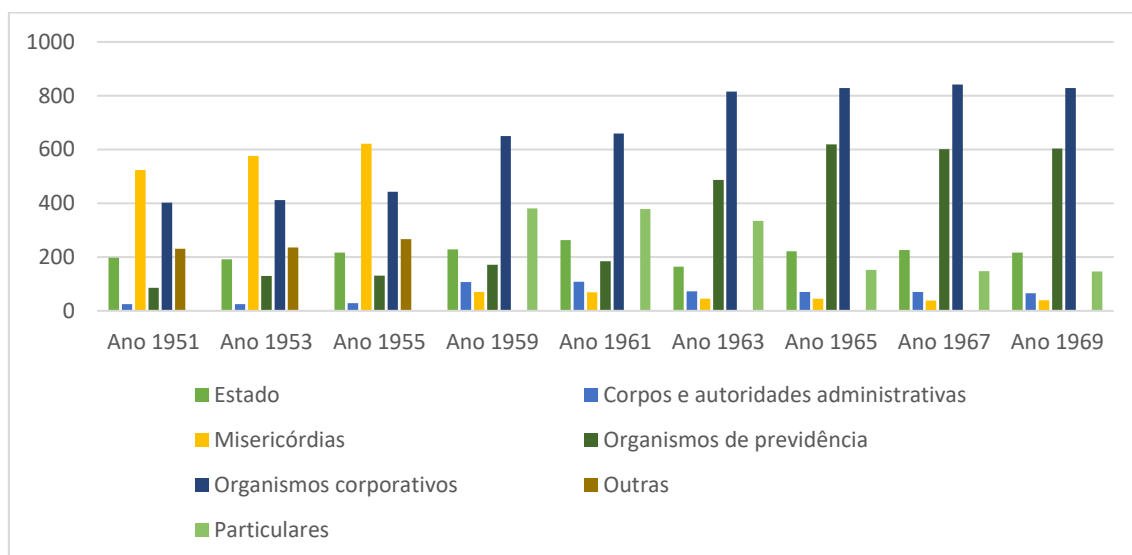
<sup>1623</sup> IDEM, *ibidem*, p. 126.

<sup>1624</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1968].

Do ponto de vista da dependência patrimonial, conseguimos apenas reunir informações concernentes às décadas de cinquenta e de sessenta. Através delas, podemos observar que até 1955, a grande maioria destes postos médicos pertencia às misericórdias. Contudo, a partir de 1959, regista-se um grande crescimento dos postos pertencentes a organismos corporativos e a organismos de previdência, sendo os primeiros os maiores detentores deste tipo de estruturas de saúde<sup>1625</sup>. Este quadro parece explicar-se com a concomitante abrangência dos serviços da assistência prestada pelas casas do povo e pelas casas dos pescadores.



**Gráf. 123:** Evolução do total de postos médicos (1933-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1968)]<sup>1626</sup>.

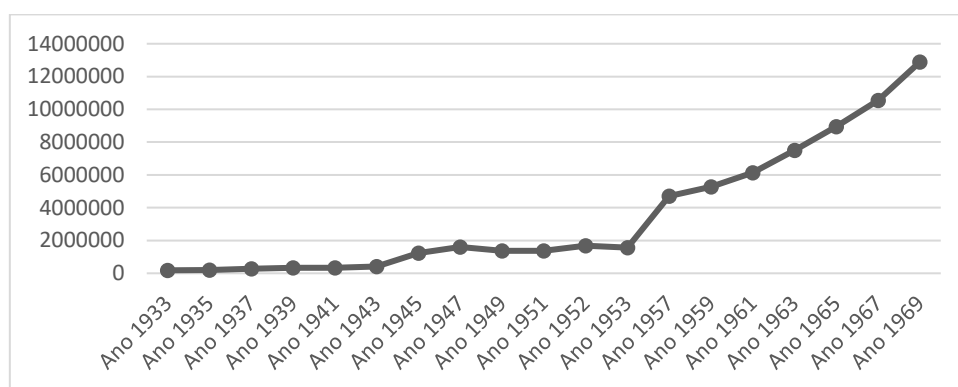


**Gráf. 124:** Evolução da dependência patrimonial dos postos médicos (1951-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1952-1970)]<sup>1627</sup>.

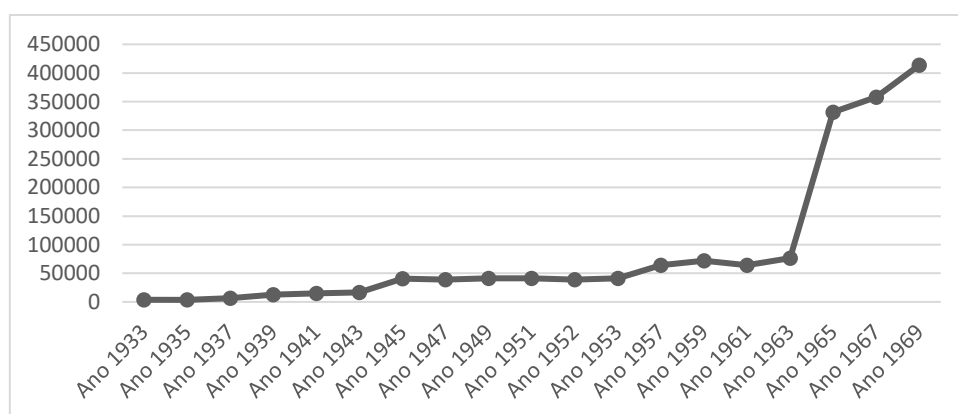
<sup>1625</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1951-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1970].

<sup>1626</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

Algumas destas estruturas possuíam unidades de internamento. No entanto, estavam essencialmente vocacionadas para a prestação de consultas médicas, para a prestação de cuidados de pequena cirurgia, para a realização de alguns exames complementares de diagnóstico e para a vacinação. No que era respeitante ao total de consultas nestes estabelecimentos, observamos um crescimento exponencial das mesmas, numa primeira fase, mais discreto, a partir do pós-guerra e, numa segunda fase, de forma notória e absoluta, a partir do final da década de cinquenta. Comportamento mais ou menos idêntico seria notório ao nível da prestação de cuidados de pequena cirurgia, embora estes últimos com crescimento exponencial mais tardio, a partir de meados da década de sessenta, também ligado a uma maior abrangência dos serviços da previdência<sup>1628</sup>.



**Gráf. 125:** Evolução do total de consultas nos postos médicos (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>1629</sup>.



**Gráf. 126:** Evolução do total de pequenas cirurgias nos postos médicos (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>1630</sup>.

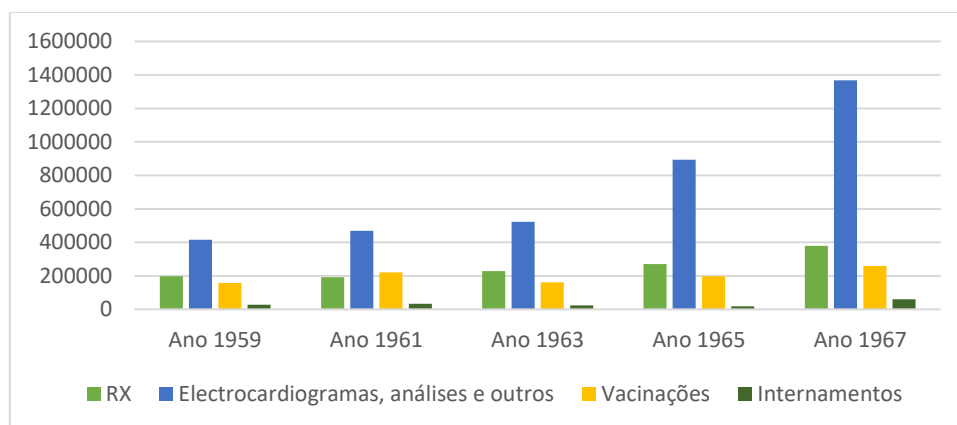
<sup>1627</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1628</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

<sup>1629</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



Também do ponto de vista da prestação de exames complementares de diagnóstico, como raios X, electrocardiogramas, análises clínicas e vacinações, estas estruturas seriam cada vez mais solicitadas durante o decorrer da década de sessenta<sup>1631</sup>.



**Gráf. 127:** Movimento nos postos médicos, em número de prestações de serviços (1959-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1960-1970)]<sup>1632</sup>.

## 1.10. Centros de Saúde

Desde 1932, o director-geral de Saúde, José Alberto de Faria, afirmava o seu desejo de organizar centros de saúde no país. No ano seguinte, encarregou uma equipa para estudar a organização de algumas unidades em meios rurais ou centros urbanos de província. Na verdade, a ideia da criação de centros de saúde foi pensada para uma melhoria da assistência médica às populações rurais, conforme o estabelecido na Conferência Europeia da Higiene Rural, realizada em Genebra, em 1931. Essa reunião conjunta propôs a criação de centros de saúde primários ou secundários, consoante os meios que dispunham, sendo os segundos melhor equipados do que os primeiros.

Nesse sentido, a *Direcção-Geral de Saúde* pensou na possibilidade de, por acção associada das câmaras municipais, casas do povo e misericórdias, fazer a montagem destas instituições, de tipo primário ou secundário, “sob a maior economia e com

<sup>1630</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1631</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1968].

<sup>1632</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

carácter de permanência”, em “regiões desejosas de melhorar o seu estado sanitário”<sup>1633</sup>. Conforme despacho exarado em 1934, estes centros de saúde deveriam comportar serviços clínicos de protecção à infância e às mulheres grávidas, de odontologia, oftalmologia, otorrino, vacinação, análises clínicas e de luta contra as “doenças sociais”. Posteriormente, o centro poderia alargar a sua intervenção através da implementação de uma consulta de clínica geral e de um posto de assistência farmacêutica<sup>1634</sup>.

O primeiro centro de saúde foi inaugurado em Dezembro de 1934, sendo outras unidades criadas em cooperação com algumas câmaras municipais, embora se registasse uma dificuldade em obter financiamento por parte das autoridades locais. Os primeiros centros de saúde foram instalados, de um ponto de vista experimental, em Almeirim, Figueiró dos Vinhos, Loulé, Elvas, Sesimbra e S. João da Madeira. Para além das visitas domiciliárias levadas a cabo por visitadoras sanitárias, estes centros possuíam secções de higiene materna, higiene infantil, doenças venéreas, tuberculose, fiscalização de doenças contagiosas e exames de laboratório. No cômputo geral, concluiu-se, em 1944, que o trabalho realizado melhorou a protecção sanitárias das populações servidas, diminuindo a taxa de mortalidade infantil naquelas regiões. A tuberculose e as doenças venéreas eram os principais problemas apresentados aos clínicos. A propaganda e a prática de vacinações antivariólicas e antidiftéricas confiadas às visitadoras obteria, também, bons resultados<sup>1635</sup>.

Apesar das recomendações internacionais veiculadas pela *Organização Internacional de Higiene Pública*<sup>1636</sup>, que levaram ao estabelecimento, em grande parte dos países europeus, de centros de saúde, encarados como centros de medicina preventiva, em Portugal tal não viria a suceder tão cedo. Na década de quarenta, no Reino Unido, era possível encontrar um centro de saúde modelar por cada aglomerado populacional de 15 a 20 mil habitantes. Contudo, em Portugal, a estruturação dos

---

<sup>1633</sup> Cf. DESPACHO MINISTERIAL. *Diário do Governo. I Série*. 238 (1934-10-10), p. 1844.

<sup>1634</sup> Ibidem, p. 1845.

<sup>1635</sup> Cf. CARVALHO DIAS – Centros de Saúde Rurais: Resultados de Algumas Experiências. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 13, Março 1944, p. 13-26.

<sup>1636</sup> **Organização Internacional de Higiene Pública**: também *Office Internationale d'Hygiene Publique*. Agência internacional de saúde, nascida em Paris, no ano de 1907. Concentrava a sua actividade básica na administração de acordos sanitários internacionais e na rápida troca de informação epidemiológica. Foi um dos embriões da *Organização Mundial de Saúde*. Cf. BROWN, Theodore [et al.] – The transition from ‘international’ to ‘global’ public health and the World Health Organization. In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, s.n., vol. 13, nº.3, Julho/Setembro 2006, p. 121.

serviços de saúde e de assistência, datada de 1945, passou ao lado deste tipo de equipamento sanitário<sup>1637</sup>.

Os centros de saúde só voltariam a ser equacionados no *III Plano de Fomento para 1968-1973*. Nesse documento, seria programada a existência de centros de saúde, enquanto extensões à periferia dos serviços de saúde adequados, de forma a assegurar uma acção especializada, mas convergente, no sentido da promoção da saúde das populações. O centro de saúde passava a ser um elemento de base para a protecção e o fomento da saúde das populações rurais. Era, pois, necessária, uma rede destes centros, localizada nas sedes dos concelhos, em hospitais sub-regionais. Para tal, tornava-se imprescindível a beneficiação e a construção de habitações para médicos e a criação de lares e subsídios de fixação para pessoal de enfermagem. Nesse sentido, seriam canalizados 15.000 contos para a construção de centros de saúde, uma verba marginal de cerca de 0,6% do total de investimento previsto por este diploma, na área da saúde<sup>1638</sup>.

### **1.11. O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge**

O *Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge* sucedeu ao antigo *Instituto Central de Higiene*, fundado em 1899, pelo mestre Ricardo Jorge. Neste Instituto efectuava-se a formação profissional do pessoal médico e não médico. O curso de medicina sanitária foi reformado pelo Decreto nº. 36050, de 18 de Dezembro de 1946. Em 1951, realizava-se apenas em Lisboa, podendo ser frequentado por médicos, engenheiros, arquitectos e médicos veterinários<sup>1639</sup>.

Em 1957, o *Instituto Ricardo Jorge* ainda funcionava no mesmo edifício para onde tinha sido transferido, em 1914, e onde habitara o professor Ricardo Jorge, na Rua Cruz de Santa Apolónia. Fernando da Silva Correia, num vasto artigo sobre o Instituto, revela-nos que, entre 1935 e 1945, o total de análises clínicas efectuadas naquele organismo cresceria treze vezes. A verba anual gasta, entre 1941 e 1956, aumentaria, da

---

<sup>1637</sup> Cf. PINTO, Rui Costa, *op. cit.*, p. 84.

<sup>1638</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8790.

<sup>1639</sup> Cf. PINHO, Bernardo de, *op. cit.*, p. 40.

mesma forma, oito vezes. As suas funções poderiam resumir-se em cinco aspectos: laboratoriais, de investigação, de ensino, de estudos e de informação<sup>1640</sup>.

Em 1944, o *Estatuto da Assistência Social* considerou-o um dos institutos superiores de investigação, aperfeiçoamento e apetrechamento sanitário. O Decreto-Lei nº. 35108 considerava indispensável dotá-lo de novas instalações, mais condignas, e do consequente apetrechamento adequado. O mesmo diploma previa a abertura de delegações no Porto e em Coimbra<sup>1641</sup>. Contudo, em 1957, a delegação de Coimbra ainda não existia<sup>1642</sup>. Como organismo especial de sanidade e assistência, o Instituto passava a reger-se pelo Decreto nº. 40974<sup>1643</sup>.

Pela sua importância, segundo Fernando da Silva Correia, previam-se novas instalações, que pudessem albergar laboratórios de microbiologia, de higiene da alimentação, de bromatologia e de toxicologia, centro de estudos de nutrição, química e físicas biológicas, águas, saneamento, aferição de medicamentos, química e higiene industrial, centro de estudos de saúde pública, bioestatística, escola de saúde pública, entre outros equipamentos<sup>1644</sup>.

Em 1959, após a criação do novo *Ministério da Saúde e Assistência*, o *Instituto Superior de Higiene* seria reorganizado como organismo oficial dependente da *Direcção-Geral de Saúde*, e centro laboratorial de investigações e de ensino<sup>1645</sup>. No mesmo ano seria, da mesma forma, reorganizado o Centro Nacional da Gripe, organismo especial de sanidade, que funcionava junto do *Instituto Superior de Higiene*<sup>1646</sup>.

No *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, considerava-se um objectivo daquele programa o desenvolvimento da investigação e do ensino através da reorganização deste Instituto. Nesse sentido, seriam canalizadas verbas, no valor de 35.000 contos para a reorganização do *Instituto Superior de Higiene*, financiamento assegurado por dotações de “instituições desinteressadas” e eventualmente por

---

<sup>1640</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 127/128, Janeiro/Junho 1956, p. 68.

<sup>1641</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35108, p. 923.

<sup>1642</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, p. 72.

<sup>1643</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 40974, p. 25-26.

<sup>1644</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, p. 76.

<sup>1645</sup> Cf. DECRETO-LEI nº.42210, p. 379.

<sup>1646</sup> Cf. DECRETO-LEI nº.42195. *Diário do Governo. I Série*. 69 (1959-03-27), p. 314.

contribuições de organismos de coordenação económica, para além das verbas inscritas no *Orçamento Geral do Estado*<sup>1647</sup>.

O Decreto-Lei nº. 46306 mostra-nos que as “instituições desinteressadas” abordadas no *Plano Intercalar de Fomento*, se reduziam à *Fundação Calouste Gulbenkian*. Com o objectivo de renovar as instalações deste Instituto, de forma a desempenhar as suas importantes atribuições ao nível da saúde pública, esta Fundação doaria 20.000 contos para a construção de um novo edifício. Os restantes encargos ficariam a cargo do *Orçamento Geral do Estado* e da Comissão Reguladora de Produtos Químicos e Farmacêuticos. A *Direcção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais* ficaria encarregue de elaborar, de acordo com a *Direcção-Geral de Saúde* e a *Fundação Calouste Gulbenkian*, os planos de construção e apetrechamento das instalações<sup>1648</sup>.

No *III Plano de Fomento*, observamos, como objectivo e investimento prioritário, a instalação e o equipamento do *Instituto Superior Ricardo Jorge*, em Lisboa, e a implementação de uma delegação no Porto. Para tal, seriam canalizados cerca de 95000 contos<sup>1649</sup>, cerca de 4% do total de investimentos deste Plano na área da saúde, o que demonstra a vital importância desta instituição.

## 1.12. Postos de Medicamentos

Em 1944, no *II Congresso da União Nacional*, observou-se um aumento do interesse do regime pela assistência medicamentosa, essencialmente aos doentes mais pobres. Na 17ª subsecção, respeitante à higiene, saúde e assistência, observaram-se dois artigos, embora dos mesmos autores, João Gomes Branco Lisboa e Manuel da Silva Carvalho concernentes à assistência farmacêutica das classes mais desfavorecidas e das populações rurais<sup>1650</sup>.

---

<sup>1647</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1015.

<sup>1648</sup> Cf. DECRETO-LEI nº.46306, *Diário do Governo. I Série*. 92 (1965-04-27), p. 501.

<sup>1649</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8789.

<sup>1650</sup> Cf. LISBOA, João Gomes Branco; CARVALHO, Manuel da Silva – *Assistência Farmacêutica aos Pobres*, p. 101-105; IDEM – *Exercício de Farmácia e Assistência Farmacêutica*, p. 106-109.

Em 1945, algumas caixas de previdência ofereciam a alguns beneficiários a assistência médica e um subsídio pecuniário variável segundo o período da doença e o seu vencimento. Era com esse subsídio que tinham de custear os medicamentos. Contudo, João Gomes Branco Lisboa e Manuel da Silva Carvalho admitiam que essa política era um erro, pois o dinheiro desses subsídios era muitas vezes canalizado para outros fins que não os medicamentosos. Tratava-se claramente, segundo os autores, de uma imperfeição na assistência das caixas de previdência<sup>1651</sup>.

Preocupados com a assistência farmacêutica aos mais pobres, os redactores sugeriam a existência de uma receita médica que deveria ser apresentada na farmácia, a ser paga pelas administrações dos concelhos responsáveis pelo acúmulo de receitas para esse fim. Porque para ser eficiente, a assistência deveria alargar a sua acção aos medicamentos para os pobres, obedecendo a preceitos rígidos, devendo ser financiada pelos particulares e pelas autoridades locais<sup>1652</sup>.

O *Boletim da Assistência Social*, em 1951, noticiava a criação de postos de medicamentos de urgência nos meios rurais, onde não existisse uma farmácia a menos de 10 quilómetros. Tais postos deveriam funcionar como delegações de uma das farmácias mais próximas<sup>1653</sup>. Em 1955, era criada, na *Direcção-Geral de Saúde*, a Comissão Permanente da Farmacopeia Portuguesa<sup>1654</sup>.

Em 1950 seria produzida legislação pelo *Ministério das Corporações e Previdência Social*, segundo a qual a assistência medicamentosa das caixas de previdência, seria “concedida tendo em vista o máximo de eficiência terapêutica e de economia”<sup>1655</sup>, tendo em conta as possibilidades das instituições. O receituário seria limitado a uma lista elaborada por uma comissão nomeada pelo *Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social*. Numa prestação lacunar, de fora ficavam alguns medicamentos, como a estreptomicina, essencial para o tratamento da tuberculose. Em cada prescrição não podia ser receitada mais do que uma embalagem de cada medicamento. A utilização dos serviços de consultas e visitas domiciliárias

---

<sup>1651</sup> Cf. LISBOA, João Gomes Branco; CARVALHO, Manuel da Silva – Assistência Farmacêutica aos Pobres, p. 345.

<sup>1652</sup> IDEM – Ibidem, p. 345.

<sup>1653</sup> Cf. A Criação de Postos de Medicamentos de Urgência nos Meios Rurais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 101/106, Julho a Dezembro, 1951, p. 301.

<sup>1654</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 40462. *Diário do Governo, Série I*. 283 (1955-12-27), p. 1307-1308.

<sup>1655</sup> Cf. DECRETO nº. 37762. *Diário do Governo, Série I*. 38 (1950-02-24), p. 119-126.

deveria ser feita mediante um pagamento de “senhas de consultas” pelos doentes que recorressem a esses serviços. O custo dos elementos auxiliares de diagnóstico e dos medicamentos, dos serviços de cirurgia e internamento e dos restantes meios de tratamento eram, em parte ou na totalidade, suportados pelo doente<sup>1656</sup>.

Esta legislação, que perduraria nos anos seguintes, suscitou grandes artigos reivindicativos publicados pelos periódicos afectos à oposição comunista, no início da década de sessenta, que se insurgiria, também, pela obrigatoriedade dos beneficiários se verem obrigados a custear 25% das custas com os medicamentos. O periódico *O Têxtil* denunciava, no que dizia respeito aos medicamentos, que a Federação apenas custeava os mais baratos, aos quais os trabalhadores chamavam “água da Federação”<sup>1657</sup>.

Na verdade, de 1960 datava uma portaria que concedia aos beneficiários da *Federação das Caixas de Previdência* e seus familiares, com direito à assistência médica, os medicamentos manipulados e especialidades farmacêuticas de produção nacional. Os beneficiários seriam obrigados a pagar 25% do preço dos medicamentos, enquanto os seus familiares tinham de pagar 50% dos mesmos. No caso de medicamentos estrangeiros, apenas eram comparticipados aqueles que não tivessem equivalência na indústria nacional<sup>1658</sup>. Outra portaria com a mesma data, tornava extensiva aos reformados, por invalidez ou velhice, das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou previdência, a assistência médica e medicamentosa assegurada aos restantes beneficiários<sup>1659</sup>.

Em 1957, foi publicada legislação que obrigava os novos medicamentos ou especialidades farmacêuticas, nacionais e estrangeiras, a uma autorização da *Direcção-Geral de Saúde* e da Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos, para serem lançados no mercado. Para estudar e dar parecer das respectivas autorizações seria instituída a Comissão Técnica de Novos Medicamentos, que funcionaria junto da *Direcção-Geral de Saúde*<sup>1660</sup>.

Em 1958, com a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, o novo ministro, Martins de Carvalho, mostrava a sua preocupação com a assistência medicamentosa a

---

<sup>1656</sup> Cf. DECRETO n.º 37762, p. 126.

<sup>1657</sup> Cf. A Assistência aos Têxteis. In *O Têxtil*. Ano 5.º, n.º. 24 (Junho de 1960), p. 2

<sup>1658</sup> Cf. PORTARIA n.º. 17964. *Diário do Governo, Série I*. 222 (1960-09-23), p. 2066.

<sup>1659</sup> Cf. PORTARIA n.º. 17966. *Diário do Governo, Série I*. 222 (1960-09-23), p. 2068.

<sup>1660</sup> Cf. DECRETO n.º. 41448. *Diário do Governo, Série I*. 287 (1957-12-18), p. 1327-1330.

todo o país, considerando essencial que os medicamentos estivessem ao alcance de todos, em qualquer local. Este problema da carestia da assistência farmacêutica, na sua opinião, era muitas vezes difícil de suportar pelas instituições assistenciais<sup>1661</sup>.

Ainda de 1960, data um despacho do ministro da Saúde e Assistência que incluía vários produtos na tabela de medicamentos cuja venda ao público ficava dependente de receita médica<sup>1662</sup>. Em 1961, foi publicada a Portaria nº. 18323, que regulava o regime para a abertura e a transferência de farmácias e para a abertura de postos de medicamentos<sup>1663</sup>. Nesse ano, seria, ainda, decretado que, nos locais situados a mais de 5 km da farmácia mais próxima poderia ser autorizada, pela *Direcção-Geral de Saúde*, a instalação de um posto de medicamentos pertencente à farmácia já instalada numa das povoações vizinhas<sup>1664</sup>. A Portaria nº. 18519, ainda publicada nesse ano, estabelecia o regime a que ficava sujeita a instalação e o funcionamento de postos de medicamentos<sup>1665</sup>.

No *Estatuto da Saúde e Assistência*, encontra-se legislado que as farmácias deveriam ser localizadas tendo em atenção os interesses das populações e as finalidades da política de saúde pública<sup>1666</sup>.

Em 1962, foi publicado o Decreto nº. 44204, que regulava a actividade farmacêutica hospitalar. Os serviços farmacêuticos também variavam conforme o tipo de entidade hospitalar. Nos hospitais centrais e equivalentes, os serviços farmacêuticos constituíam centros de produção, de investigação científica e de ensino. Nos hospitais regionais, poderiam produzir formas farmacêuticas em escala industrial. Nos hospitais sub-regionais eram, essencialmente, centros distribuidores para os serviços e outras entidades congêneres. Estes serviços deviam funcionar em ligação com os serviços clínicos e de enfermagem. Eram dirigidos por um farmacêutico, com a categoria de director de serviço, especialmente nos hospitais centrais<sup>1667</sup>.

---

<sup>1661</sup> Cf. O Discurso de Sua Excelência o Ministro da Saúde e da Assistência no Congresso das Misericórdias, p. 134.

<sup>1662</sup> Cf. DESPACHO (1960-01-05). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 139/140, Janeiro a Junho, 1960, p. 213.

<sup>1663</sup> Cf. PORTARIA nº. 18323. *Diário do Governo, Série I*. 60 (1961-03-14), p. 273.

<sup>1664</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 43724. *Diário do Governo, Série I*. 132 (1961-06-07), p. 683.

<sup>1665</sup> Cf. PORTARIA nº. 18519. *Diário do Governo, Série I*. 132 (1961-06-07), p. 684.

<sup>1666</sup> Cf. LEI nº. 2120, p. 973.

<sup>1667</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 44204. *Diário do Governo, Série I*. 40 (1962-02-22), p. 164.



Serviços Farmacêuticos Hospitalares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar, verificar, armazenar e distribuir drogas e medicamentos;</li> <li>• Abastecer os laboratórios;</li> <li>• Cooperar na acção médica e social, curativa, recuperadora ou preventiva dos hospitais;</li> <li>• Promover ou apoiar a investigação no campo das ciências farmacêuticas;</li> <li>• Colaborar no aperfeiçoamento do pessoal especializado.</li> </ul>

**Tab. 42:** Competências dos serviços farmacêuticos hospitalares, segundo o Decreto-Lei nº. 44204.

As farmácias hospitalares estavam proibidas de vender medicamentos ao público, excepto quando não existissem, na proximidade, farmácias particulares, quando não existissem, no mercado, os medicamentos necessários em caso de emergência, ou quando as farmácias pertencessem às misericórdias que possuíssem alvarás de venda. O pessoal podia dividir-se em técnico ou auxiliar. O pessoal técnico era constituído pelos farmacêuticos licenciados, enquanto o pessoal auxiliar eram os possuidores de cursos de ajudante de farmácia. Estes serviços estavam sob dependência da *Direcção-Geral dos Hospitais*. Nos hospitais centrais e regionais passavam a funcionar comissões de farmácia e terapêutica, actuando como órgãos consultivos e de ligação entre os serviços clínicos e farmacêuticos<sup>1668</sup>.

Em 1965, foi publicada legislação que criou, na *Direcção-Geral dos Hospitais*, uma Comissão Permanente do Formulário Hospitalar de Medicamentos. A essa Comissão competia elaborar e manter actualizado o respectivo formulário, orientar a sua divulgação, orientar um serviço de divulgação terapêutica e estimular a constituição de comissões de farmácia e terapêutica. Esta comissão era constituída por dois médicos com experiência hospitalar, um farmacologista e três farmacêuticos<sup>1669</sup>.

Ainda durante o ano de 1965, foi publicada a Lei nº. 2125, que promulgava as bases para o exercício da actividade de farmácia. Pela primeira vez, esta seria considerada de “interesse público”, como actividade sanitária, exercendo os farmacêuticos uma profissão liberal, podendo o governo incentivar a actividade farmacêutica sempre que a política sanitária nacional assim o aconselhasse. Através desta legislação, as farmácias só poderiam funcionar mediante alvará passado pela *Direcção-Geral de Saúde*. As misericórdias podiam ser proprietárias de farmácias

<sup>1668</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 44204, p. 162.

<sup>1669</sup> Cf. PORTARIA nº. 21161. *Diário do Governo, Série I*. 58 (1965-03-10), p. 264.

destinadas aos seus serviços privativos, podendo, da mesma forma, manter as que tinham sido abertas ao público<sup>1670</sup>.

### **1.13. A Saúde Escolar e os Serviços de Saúde dependentes do *Ministério da Instrução Pública / Ministério da Educação Nacional***

De 1933, data a criação da *Direcção-Geral de Saúde Escolar* no seio do *Ministério da Instrução Pública*, cuja função era superintender em tudo o que respeitasse às condições sanitárias, médico-pedagógicas e higiénicas dos alunos das escolas oficiais e particulares, dos respectivos meios de ensino e dos edifícios. Dependente da *Direcção-Geral de Saúde Escolar*, funcionava uma Repartição da Saúde Escolar, destinada à execução de todo o expediente da Direcção-Geral e à elaboração das estatísticas dos respectivos serviços. Na dependência da *Direcção-Geral de Saúde Escolar* funcionava, ainda, a Repartição de Educação Física.

Os serviços de saúde escolar eram exercidos nos estabelecimentos de ensino oficiais e particulares, com excepção das universidades, por médicos escolares, os executores das leis e regulamentos de saúde escolar, exercendo a sua acção com vista à defesa da saúde física do aluno, bem como às condições necessárias à formação e desenvolvimento do seu “carácter”. Para tal, era sua função assistir aos trabalhos escolares, visitar todas as dependências dos edifícios, tomar parte nos conselhos e reuniões de professores e dos alunos e prestar a estes a assistência individual conveniente de acordo com a regulamentação exigida<sup>1671</sup>.

O Decreto nº 22752, publicado em 1933, especificava as funções do médico escolar, como de defesa do grupo académico e do indivíduo, que devia proteger de doenças contagiosas. Para além da higiene física, o médico deveria ocupar-se atentamente da “higiene do espírito, da higiene moral”, pois a formação moral, muitas vezes esquecida, era da maior importância, pois de tal qualidade dependia a sorte dos

---

<sup>1670</sup> Cf. LEI nº. 2125. *Diário do Governo, Série I.* 67 (1965-03-02), p. 387.

<sup>1671</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 22751. *Diário do Governo, Série I.* 143 (1933-06-28).

povos e dos indivíduos. Por isso, o papel do médico escolar seria, também, o de fazer psicoterapia e dar regras e conselhos aos estudantes e às famílias, sublinhando a sua faceta de educador<sup>1672</sup>.

Em documento não assinado e não datado patente no *Fundo Oliveira Salazar*, o autor defende que as funções da medicina escolar, de defesa do grupo endémico e do indivíduo, eram “funções sociais e individuais”. No documento é sublinhada a importância da higiene moral, preterida em relação à higiene física, pois “um corpo pode ser robusto e são e abrigar uma alma fraca, viciosa ou doente”. Por tal, um médico escolar não deveria fazer clínica, mas psicoterapia, “ditando regras e conselhos aos estudantes e às famílias”<sup>1673</sup>.

No Parecer 31/I da *Câmara Corporativa*, relativo ao ano de 1935, discutiu-se o projecto-lei relativo à criação de cursos de Puericultura e de Higiene Geral nas escolas secundárias. De forma a saber evitar a doença, a morte e a conservar a vida a milhares de crianças, pretendia-se criar, nos liceus femininos, a partir do 3º ano, os referidos cursos. A *Câmara Corporativa* concluiu que deveria existir em todos os liceus os cursos de Higiene Geral, e nos femininos e mistos cursos de puericultura para raparigas. Nos liceus femininos, tais cursos deveriam ser ministrados por uma professora médica ou, na sua falta, por uma médica escolar. Nos outros liceus deveriam ser os médicos escolares a leccioná-los<sup>1674</sup>. Este parecer seria concretizado na Lei nº. 1916, de 25 de Maio de 1935<sup>1675</sup>.

No parecer da *Câmara Corporativa* relativo à correcção das ametropias<sup>1676</sup> dos alunos dos liceus, afirmava-se que a assistência médica nas escolas tinha um carácter particular em virtude do qual, para se tornar eficaz, precisava, ainda, de muito auxílio de disposições legais. As medidas de ordem higiénica ou profiláctica indispensáveis a um regular e próspero desenvolvimento do indivíduo necessitavam, ainda, de apoio efectivo de uma autoridade, de forma a lutar contra uma falta de compreensão que muito dificultava a observância daquelas medidas. Nesse sentido, a *Câmara Corporativa*

---

<sup>1672</sup> Cf. DECRETO nº. 22752. *Diário do Governo, Série I*. 143 (1933-06-28).

<sup>1673</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO/ED-1D*.

<sup>1674</sup> Cf. PARECER 31/I: CRIAÇÃO DE CURSOS DE PUERICULTURA E DE HIGIENE GERAL. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 35 (1935-03-27), p. 672-673.

<sup>1675</sup> Cf. LEI nº. 1916. *Diário do Governo. I Série*. 119 (1935-05-25), p. 738-739.

<sup>1676</sup> **Ametropia:** Doença da visão. Defeito da refacção do olho que consiste na impossibilidade de realizar a convergência das imagens na retina, originando hipermetropia, miopia ou astigmatismo. Cf. Ametropia. In *Dicionário Enciclopédico da Língua Portuguesa*. Lisboa: Publicações Alfa, 1992. Vol. I, p. 66.

entendia que as medidas a adoptar deveriam possuir um carácter geral, abrangendo todos os graus de ensino, à excepção do superior, e não apenas as ametropias, mas todas as causas de insuficiência escolar susceptíveis de correcção ou tratamento (dentição defeituosa, vegetações adenóides, hipertrofia das amígdalas, insuficiência respiratória nasal e outras...) <sup>1677</sup>.

Segundo Carlos Abreu, autor de uma dissertação de mestrado sobre a história da saúde escolar durante o Estado Novo, a institucionalização da saúde escolar apresenta-se como o primeiro projecto de conjunto da política educativa do Estado Novo, integrando as suas três principais ideias: o primado da acção moral (sobrevalorizando a higiene do espírito, tida como uma prioridade e reduzindo o corpo a um mero suporte físico do espírito), uma acção educativa total (orientada para os tempos e para os espaços não escolares), e uma acção educativa familiar (enquadrando os alunos nas variáveis físicas, higiénicas, morais e sociais em que viviam) <sup>1678</sup>.

Na verdade, a saúde escolar funcionava como uma estrutura para-escolar, actuando na periferia dos tempos e dos espaços escolares. Estes serviços estavam essencialmente centrados nos liceus, dado observar-se a impossibilidade de alargar os serviços a todas as escolas. A opção pelos liceus é compreensível, pois estas eram as instituições que formariam os futuros quadros médios e superiores da sociedade, investindo-se claramente na formação das elites <sup>1679</sup>. Tal seria confirmado nas palavras de Luís da Conceição Carvalho Vieira, autor de um artigo publicado no *Boletim da Assistência Social*, no qual afirmava: “a medicina escolar tem-se exercido nas crianças e adolescentes das escolas secundárias. Dos indivíduos que a frequentam sairão os dirigentes de amanhã, e é um dever cuidar deles” <sup>1680</sup>.

No *Fundo Oliveira Salazar*, patente na Torre do Tombo, encontra-se, contudo, um documento não datado (que os especialistas daquela instituição supõem ser dos anos trinta) e não assinado, que sublinha a importância dos serviços de saúde escolar nas escolas do ensino primário. O autor considerava, em primeiro lugar, o número de profissionais a laborar nessa área muito insuficiente e os métodos a utilizar bastante

---

<sup>1677</sup> Cf. PARECER 49/I: CORRECÇÃO DAS AMETROPIAS DOS ALUNOS DOS LICEUS. *Suplemento do Diário das Sessões*. 42 (1935-04-05), p. 884-885.

<sup>1678</sup> Cf. ABREU, Carlos, *op. cit.*, p. 212.

<sup>1679</sup> IDEM, *ibidem.*, p. 214.

<sup>1680</sup> Cf. VIEIRA, Luís da Conceição Carvalho – A Contribuição da Medicina Escolar para a Defesa da Saúde Pública. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.23, Janeiro 1945, p. 321.

diversos dos ministrados nos níveis de ensino mais avançados. Segundo ele, no ensino primário, a maior preocupação dos técnicos deveria centrar-se na “higiene física”, “num país em que o depauperamento da população está a ser verificado”. Defendia, pois, um modelo de medicina preventiva e a ampla colaboração com os serviços de saúde pública, assistência e previdência locais, no sentido de averiguar a existência de doenças contagiosas, “taras hereditárias” e de desenvolver uma acção educativa. O autor mostrava-se, ainda, esperançado na acção mecénica da *Fundação Rockefeller* no alargamento deste serviço a todo o país, dado que teria executado uma experiência em três distritos<sup>1681</sup>.

Américo Cortez Pinto, inspector da Saúde Escolar, num artigo publicado no *Boletim da Assistência Social*, chamava, da mesma forma, a atenção para o estado “descurado” em que se encontrava a “educação higiénica” nas escolas primárias. Segundo ele, seria a este nível que deveria iniciar-se este ensino, dado que era ali que se congregava a totalidade da população de artífices e rurais. A questão da ruralidade era de uma flagrante necessidade, tratando-se de uma população que, na grande maioria dos casos, não poderia dar continuidade aos seus estudos, imprescindíveis para melhorar o nível sanitário do meio rural. Na verdade, os médicos escolares a laborarem no ensino primário eram quase inexistentes, apenas tratando do serviço de vacinações antivariólicas e vigilância de doenças contagiosas<sup>1682</sup>.

Estas questões preocupavam as autoridades devido a deficiências encontradas nas populações escolares do ensino primário e das primeiras classes do liceu, traduzidas por um número elevado de crianças “linfáticas e estados de carência”. Era necessário, segundo Américo Cortez Pinto, uma “profilaxia do definhamento da Raça e o amparo da formação plástica, orgânica e fisiológica dos seus homens”<sup>1683</sup>. Para tal, tornava-se necessária uma educação higiénica por uma acção profiláctica, por uma assistência oportuna, medicamentosa e alimentar. Para a prossecução deste fim tornava-se necessária, no seu entender, a coordenação dos esforços da saúde escolar com os da saúde pública e assistência.

---

<sup>1681</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO/ED-1G*, pt. 5.

<sup>1682</sup> Cf. PINTO, Américo Cortez – O papel da Saúde Escolar na medicina preventiva e educação higiénica da adolescência. Sua articulação com a Saúde Pública. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 17/19, Julho a Setembro 1944, p. 284-293.

<sup>1683</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 291.

A questão da saúde escolar foi amplamente debatida no *II Congresso da União Nacional*, na 16ª subsecção<sup>1684</sup>. As ideias-chave consistiam num alargamento da saúde escolar às populações rurais, especialmente através das escolas primárias, considerando que tal beneficiaria a saúde geral destas populações, considerando as crianças óptimos agentes de influência local. A saúde escolar começava a ser considerada um prolongamento da assistência infantil e a sua importância nas escolas elementares vinculava-se ao facto de estas serem constituídas por alunos pobres, muitos deles vivendo em condições precárias e com parca alimentação. Tratava-se, pois, de mais um fim patriótico e humanitário “de defesa da Raça”, levado a cabo por médicos escolares especializados, que não deveriam ter a seu cargo mais de 500 alunos.

Durante o ano de 1946, o adjunto do delegado de saúde do Porto, António da Silva Paúl, encetou uma missão de estudo sobre a prática da estomatologia, otorrinolaringologia e oftalmologia em diversos países europeus: Suécia, Bélgica, França e Espanha. Durante os sessenta dias em que decorreu a viagem, uma das suas impressões mais fortes, que registou no seu relatório, foi a ineficácia dos médicos escolares portugueses, mal apetrechados, realizando um trabalho improfícuo pois os alunos, ao nível dos problemas estomatológicos, não eram tratados, por desleixo ou carências económicas. Portugal era o único país da Europa onde ainda não existia assistência estomatológica escolar, o que o autor classificava como uma necessidade urgente<sup>1685</sup>.

O mesmo autor redigiria vários artigos, defendendo uma maior intervenção dos médicos escolares no apoio aos professores, nomeadamente ao nível do ensino primário. Se, na verdade, segundo o autor, existiam profissionais competentes, não poderiam realizar as suas funções em pleno, dada a elevada quantidade de alunos a seu cargo. A realidade com que se debatia parecia não ser bem semelhante com a que era

---

<sup>1684</sup> Cf. PINTO, Américo Cortez – A Actividade Especializada da Saúde Escolar. In *II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 16ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 107-111; DIAS, José Lopes – A Colaboração da Assistência Social na Saúde Escolar dos Meios Rurais. In *II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 16ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 115; HENRIQUES, Duarte Gorjão – Assistência Social Escolar. In *II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 16ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 139-141; MONIZ, Manuel Sereto; MONIZ, José Manuel de Carvalho, p. 153-155.

<sup>1685</sup> Cf. PAÚL, António da Silva – A Estomatologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia vistas sob o aspecto sanitário: Relatório da missão desempenhada na Suécia, Bélgica, França e Espanha. In *SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 53/55, Julho/Setembro 1947, p. 125.

propagandeada. No ano lectivo de 1950/1951, nas escolas de Lisboa, existia 1 médico escolar para cada 5.000 alunos, enquanto no Porto a proporção era de 1 para 7500 alunos<sup>1686</sup>. Observava-se, pois, uma falta de médicos escolares, capazes de assegurar uma medicina preventiva.

Em 1952, nos votos finais do *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*, aconselhava-se a reorganização dos serviços da *Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*, confiando-a a médicos e assegurando à saúde escolar o prestígio e a função que lhe competia na medicina social. O mesmo Congresso pedia o alargamento do quadro de médicos escolares, especialmente os que tinham a seu cargo a assistência à população escolar primária. Também sublinhava a importância de ouvir a medicina escolar acerca da construção de edifícios escolares e os possíveis benefícios a introduzir-lhes. Na verdade, este Congresso teve como efeito imediato a criação de duas comissões, encabeçadas pelo *Ministério da Educação Nacional* e pelo *Ministério do Interior* no sentido de reorganizar a saúde escolar no país<sup>1687</sup>.

Contudo, nem só os estudantes do ensino básico careciam de uma assistência sanitária. Também os alunos universitários faziam sentir as suas necessidades nesta área. Rui Manuel Nogueira Simões, aluno da *Faculdade de Ciências de Lisboa*, apresentava ao *I Congresso Nacional da Juventude Católica*, em 1953, uma comunicação intitulada “Assistência Médica ao Universitário”. Nela, fazia lembrar que a assistência médica que os estudantes das universidades podiam usufruir era concedida pelas associações de estudantes e que estas instituições necessitavam do apoio do Estado. No ano de inauguração do novo *Hospital de Santa Maria*, Rui Simões pensava nele obter a assistência que os universitários necessitavam. Os casos que necessitavam de maior atenção pareciam ser os casos de tuberculose e de doenças venéreas. Devido às limitações de ordem económica por parte dos estudantes universitários, o comunicante propunha a criação de uma organização, em colaboração com as associações estudantis, para dar apoio médico aos universitários, conforme existiam noutros países<sup>1688</sup>.

---

<sup>1686</sup> Cf. PAÚL, António da Silva – Trabalhadores de Tenra Idade: Subsídios para um Plano Nacional de Higiene nas Primeiras Idades. Separata do *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Tomo CXVII, nº.7., 1953, p. 43.

<sup>1687</sup> Cf. SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1952, p. 23.

<sup>1688</sup> Cf. FUNDAÇÃO CUIDAR O FUTURO – *Arquivo Maria de Lourdes Pintasilgo*, Pasta 0008.013.

O regime parecia conhecer os avanços internacionais nesta matéria. É o que prova uma pasta, que se encontra no *Fundo Oliveira Salazar*, com várias informações sobre o *Centro Universitário Mundial da Saúde* e o *Sanatório Universitário Internacional*, recortes de jornal e artigos em francês, bem como as actas da *III Conférence internationale des Sanatoriums Universitaires*, que teve lugar em Laren, na Holanda, entre 18 e 22 abril 1955. Nela, encontram-se informações sobre o *Centre Universitaire Mondial de la Santé*<sup>1689</sup>.

O *Centre Universitaire Mondial de la Santé* seria criado para melhor responder às necessidades dos estudantes e dos professores das universidades, no que era respeitante à doença, e dava voz aos apelos endereçados por outros grupos de intelectuais. Era um centro de renovação física e psíquica para o restabelecimento da saúde dos seus doentes em condições económicas e morais o mais favoráveis possível. Acolhia não somente estudantes, assistentes, leitores e professores das universidades e das outras *haute-écoles*. Outras categorias de intelectuais e casos individuais eram tidas em consideração. Os intelectuais constituíam naquela época uma das classes sociais menos favorecidas economicamente e, na comunidade, eram quem mais necessitava de uma atenção particular<sup>1690</sup>.

Contudo, pelo menos desde 1953, encontramos documentada a existência dos *Serviços Médico-Sociais Universitários de Lisboa*, tutelados conjuntamente pelo *Ministério da Educação Nacional* e pelo *Ministério do Interior* e, posteriormente, pelo *Ministério da Saúde e Assistência*. Nele, seriam efectuados rastreios da tuberculose pulmonar e de doenças cardiovasculares, consultas médicas, exames complementares de diagnóstico, fornecimento de medicamentos e enfermagem escolar. Em 1964, estes serviços inaugurariam um dispensário de saúde mental. Em 1966, iniciava-se a prestação de consultas e cuidados médicos estomatológicos. Contudo, no final da década de sessenta, Vasco Bruto da Costa, o director daqueles serviços, apontava vários problemas, nomeadamente devido à escassez de pessoal técnico e de instalações, o que impedia o seu crescimento<sup>1691</sup>.

---

<sup>1689</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10 A, pt. 3.

<sup>1690</sup> IDEM – *Ibidem*, CO-IN-10 A, pt. 3.

<sup>1691</sup> Cf. COSTA, Vasco Bruto da – *Problemas dos Serviços Médico-Sociais Universitários de Lisboa*. [s.l.;s.n.], 1968, p. 9.



Em 1957, seria constituída a *Liga Portuguesa de Higiene Escolar*, que tinha como atribuição contribuir para o desenvolvimento e difusão dos conhecimentos de higiene escolar. Tal era passível de se efectuar através de reuniões científicas, conferências e cursos especializados, organização de uma biblioteca especializada, e a colaboração com entidades oficiais e privadas cuja actividade se relacionasse com a higiene escolar<sup>1692</sup>.

Em 1959, já após a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, foi organizada uma comissão interministerial permanente com vista a evitar a descoordenação das actividades sanitárias e assistenciais entre departamentos paralelos do novo ministério e o *Ministério da Educação Nacional*, pela Portaria nº. 17058. Nesse âmbito, em 1961, a *Câmara Corporativa* discutiu um novo projecto-lei que regulava os períodos de afastamento escolar dos alunos afectados com doenças infecto-contagiosas. A escola era, assim, claramente considerada como um local de saúde pública<sup>1693</sup>.

No Parecer da *Câmara Corporativa*, relativo ao novo *Estatuto da Saúde e Assistência*, ainda em 1961, o órgão consultivo considerava que os serviços de saúde escolar não estavam em condições de desempenhar cabalmente as funções que lhe competiam, por falta de recursos humanos para mais de um milhão de alunos. Muitos deles faltavam às aulas por doença e grande era a percentagem dos que apresentavam defeitos na coluna vertebral devido ao mau posicionamento durante as aulas. Deficiências dos órgãos da visão e da audição e insuficiências respiratórias corrigíveis pela assistência médica eram também facilmente detectáveis<sup>1694</sup>.

Era necessário, pois, tornar efectiva a higiene escolar, que não podia limitar-se ao exame dos alunos na sua entrada para a escola e à vacinação antivariólica. Era preciso também velar pela salubridade das escolas, vigiar a alimentação dos alunos, rastrear doenças contagiosas... Por tal, a *Câmara Corporativa* propunha uma coordenação dos serviços de saúde escolar com os serviços de saúde pública<sup>1695</sup>.

O *Estatuto da Saúde e Assistência*, publicado em 1963, admitia que os serviços do *Ministério da Saúde e Assistência* desempenhariam as funções que não pudessem ser

---

<sup>1692</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, ED-4, pt. 16.

<sup>1693</sup> Cf. PARECER nº. 40/VII: PERÍODOS DE EVICÇÃO ESCOLAR POR VIRTUDE DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS. *Actas da Câmara Corporativa*. 129 (1961-04-11), p. 1319.

<sup>1694</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1385.

<sup>1695</sup> *Ibidem*, p. 1385.

asseguradas, em termos de saúde escolar, pelos serviços dependentes da *Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*<sup>1696</sup>.

No *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967* não encontramos qualquer referência à saúde escolar. Contudo, no *III Plano de Fomento*, encontramos objectivado o desenvolvimento de planos de cobertura do país, a este nível, em estreita coordenação com os programas de promoção de saúde pública. Para tal, seria canalizada a quantia de 37.500 contos<sup>1697</sup>, cerca de 1,6% do orçamento total planeado por este documento ao nível do investimento na saúde. Esta proporção comprova, pois, a marginalidade deste sector.

### **1.13.1. Os Serviços Sanitários**

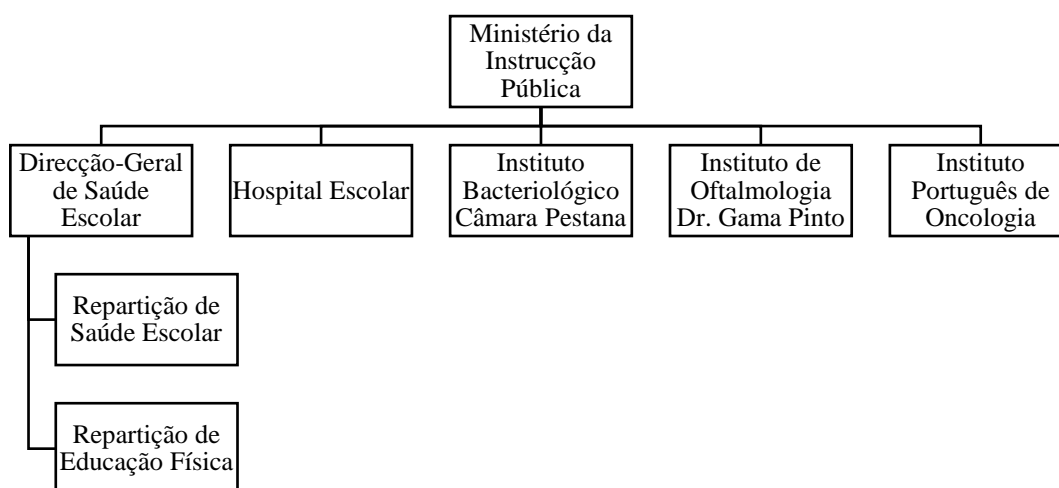
Para além dos serviços de saúde dependentes da *Direcção-Geral de Saúde Escolar*, o *Ministério da Instrução Pública* possuía, ainda, sob sua égide vários hospitais, como o Hospital Escolar, o *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*, o *Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto* e o *Instituto Português de Oncologia*. Em 1952, pelo Decreto-Lei nº. 38895, o *Hospital Escolar de Santa Marta* seria integrado nos *Hospitais Civis de Lisboa*, sem prejuízo das funções pedagógicas que vinha a desempenhar até à entrada em funcionamento do novo *Hospital Escolar de Santa Maria*, este último dependente do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*<sup>1698</sup>.

---

<sup>1696</sup> Cf. LEI nº. 2120, p. 971.

<sup>1697</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8975.

<sup>1698</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 38895. *Diário do Governo, Série I*. 197 (1952-09-05), p. 897-898.



**Org. 23:** Serviços de Saúde sob dependência do *Ministério da Instrução Pública*, em 1933.

Em 1936, observou-se uma remodelação no *Ministério da Instrução Pública* que passou pela alteração de designação do próprio ministério, que passava a intitular-se *Ministério da Educação Nacional*<sup>1699</sup>, não se observando, contudo, alterações na orgânica da *Direcção-Geral de Saúde Escolar*. Em Setembro de 1942 seria, contudo, extinta a *Direcção-Geral de Saúde Escolar* e criada, em sua substituição, a *Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*. Esta última passava a possuir, como principais objectivos, cuidar, fora das escolas, da organização nacional da *Mocidade Portuguesa* e da *Fundação Nacional para a Alegria no Trabalho*, fomentando a educação física do povo português<sup>1700</sup>. Entre 1933 e 1942, a acção da saúde escolar era entendida como um sacerdócio mais do que uma profissão, emergindo um discurso de carácter institucional. A partir de 1942 nota-se uma fusão com a área do desporto, que operou uma diluição dos serviços de saúde escolar, enfraquecendo a organização médico-pedagógica dos liceus e levando à sua secundarização<sup>1701</sup>.

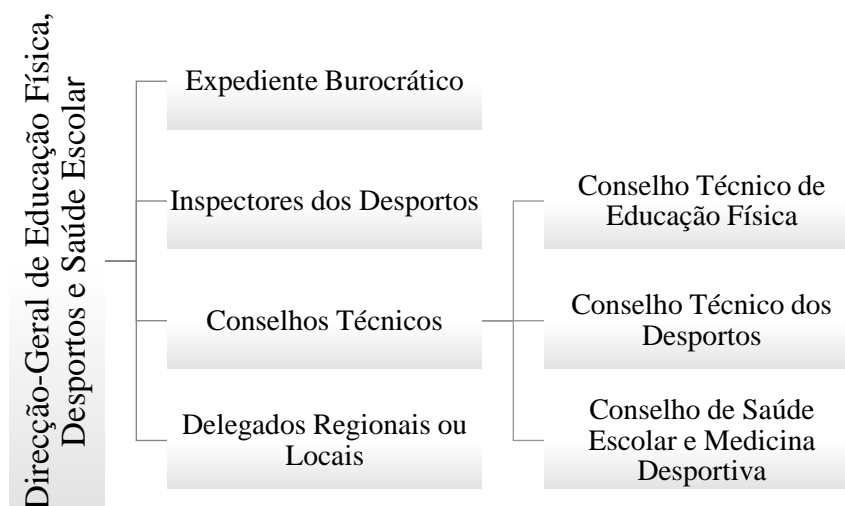
Do ponto de vista organizativo, a nova direcção-geral passava a ter nova constituição. A saúde escolar era remetida para uma posição extremamente secundarizada, integrando um simples Conselho Técnico, o Conselho de Saúde Escolar e Medicina Desportiva. Este Conselho era constituído por um inspector da saúde escolar, um médico dos desportos, um director dos serviços médicos da *Mocidade*

<sup>1699</sup> Cf. LEI n.º. 1941. *Diário do Governo, Série I*. 84 (1936-04-11).

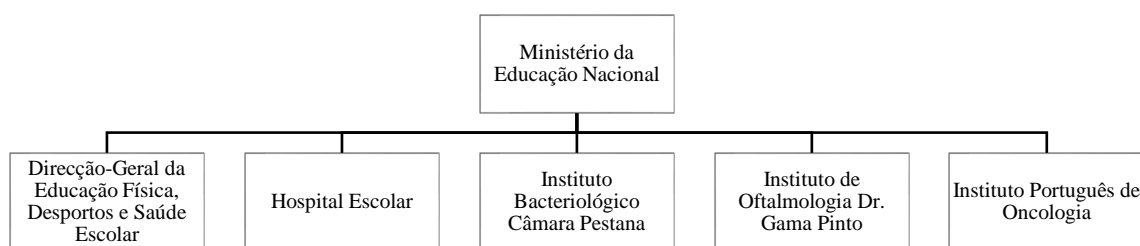
<sup>1700</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 32241. *Diário do Governo, Série I*. 208 (1942-09-05).

<sup>1701</sup> Cf. ABREU, Carlos, *op. cit.* p. 220.

*Portuguesa* e um médico dos organismos desportivos. As suas competências abrangiam a coordenação dos serviços de saúde escolar e medicina desportiva, a orientação geral dos serviços de assistência medico-desportiva e a emissão de pareceres sobre todos os assuntos de ordem médico-escolar e médico-desportiva submetidos pelo director-geral. A saúde escolar parecia, pois, diluída na medicina desportiva<sup>1702</sup>.



**Org. 24:** Orgânica da *Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*, segundo o Decreto n.º 32946 (1943).



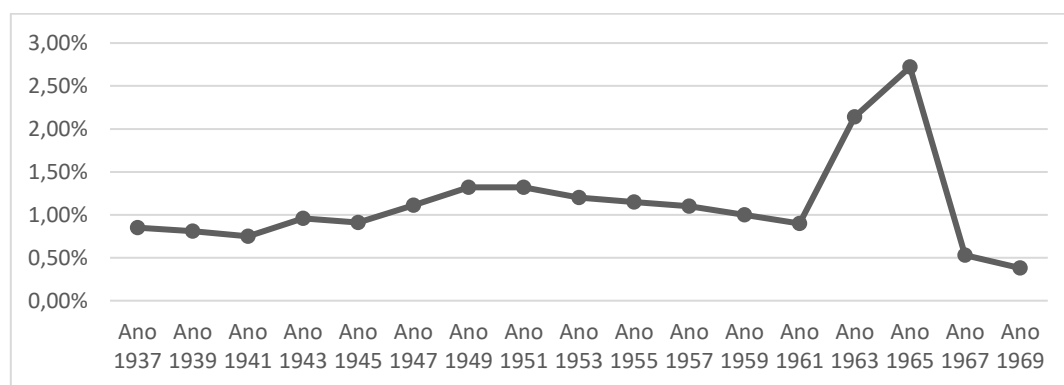
**Org. 25:** Serviços de saúde dependentes do *Ministério da Educação Nacional*, em 1942.

No que era respeitante aos gastos com a *Direcção-Geral de Saúde Escolar* e, a partir de 1942, com a *Direcção-Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*,

<sup>1702</sup> Cf. DECRETO n.º 32946. *Diário do Governo, Série I*. 162 (1943-08-03), p. 491-499.

observamos que, durante o período em estudo, estes sempre foram extremamente exíguos, nunca ultrapassando os 2,8% da despesa global do ministério. Na verdade, entre 1937 e 1961, a despesa com esta direcção-geral nunca ultrapassaria os 1,32% da despesa global do ministério. Apenas em meados dos anos sessenta, nomeadamente em 1965 se observou um crescimento abrupto da despesa, que ficaria na ordem dos 2,7% da despesa total do ministério, crescimento que não seria sustentado, dado que cairia nos anos seguintes, para percentagens inferiores às registadas nas décadas anteriores<sup>1703</sup>.

Estudando a evolução da despesa deste Ministério com a *Direcção-Geral de Saúde Escolar/ Direcção Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*, observamos que esta terá aumentado a partir de 1941-1942, época que corresponde à mudança de designação e conteúdo da Direcção-Geral, o que prova que esta reorganização foi concomitante a um maior investimento na área do desporto e da educação física. Durante os anos seguintes, o crescimento do investimento nesta área seria sustentado, mas pouco relevante. Corroborando os dados anteriores, apenas entre 1963 e 1965 se notou um grande incremento dos gastos com esta direcção-geral, que viriam a decrescer nos anos seguintes.<sup>1704</sup>.

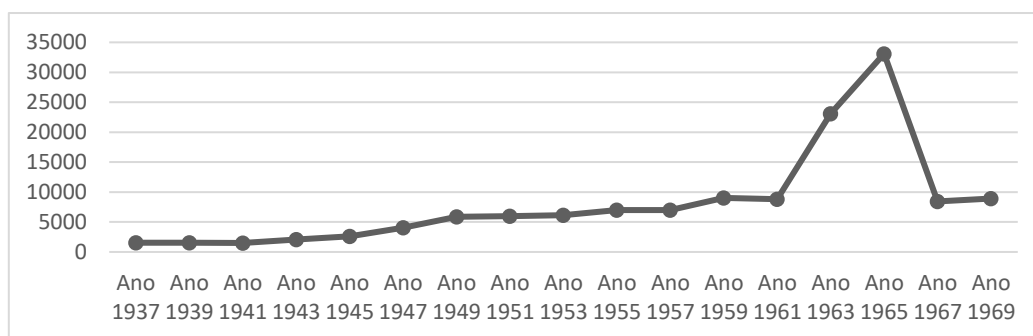


**Gráf. 128:** Despesa do *Ministério da Instrução Pública/Educação Nacional* com a *Direcção-Geral de Saúde Escolar/ Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*, em pontos percentuais, relativos à sua despesa global (1935-1969) [Fonte: *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de (1937-1969)*]<sup>1705</sup>.

<sup>1703</sup> PORTUGAL: MINISTÉRIO DAS FINANÇAS – *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de [1937-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1937-1969].

<sup>1704</sup> IDEM – *Ibidem*.

<sup>1705</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 129:** Evolução da despesa com a *Direcção-Geral de Saúde Escolar/Direcção-Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar* (1935-1969) – em contos [Fonte: *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de (1937-1969)*]<sup>1706</sup>.

No que é relativo aos hospitais tutelados por este ministério, observamos que estes eram considerados entre os estabelecimentos de ensino superior, universitário e artístico e estabelecimentos diversos. Os hospitais tutelados por este ministério seriam, pois, considerados “estabelecimentos diversos”. Em termos comparativos com a despesa total orçamentada do *Ministério da Educação Nacional*, o sector hospitalar dele dependente sempre foi pobremente dotado, nunca ultrapassando 1,5% do seu orçamento total<sup>1707</sup>, o que comprova a marginalidade deste sector sob sua dependência. Apenas durante o pós-guerra se observou uma maior aplicação de verbas no sector hospitalar por parte do *Ministério da Educação Nacional*, para depois voltar aos pontos percentuais anteriores.

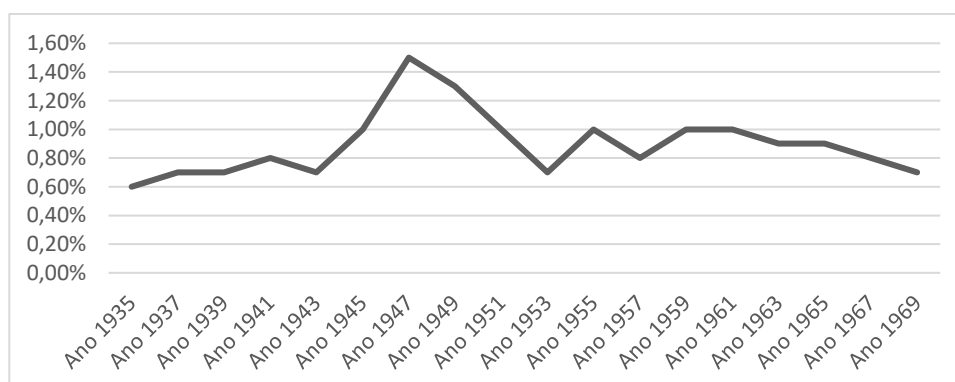
Se, em relação à despesa total do ministério, o sector hospitalar era pobremente dotado, podemos, contudo, observar um claro crescimento do investimento a este nível, ao longo dos anos. Seria durante o período pós-guerra que notaríamos uma primeira fase desse incremento. Com a implementação do *Ministério da Saúde e Assistência*, observamos uma segunda fase de incremento orçamental do sector hospitalar deste ministério. Este crescimento seria sustentado e aumentado durante os anos sessenta<sup>1708</sup>.

<sup>1706</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1707</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1970].

<sup>1708</sup> IDEM - *Ibidem*.

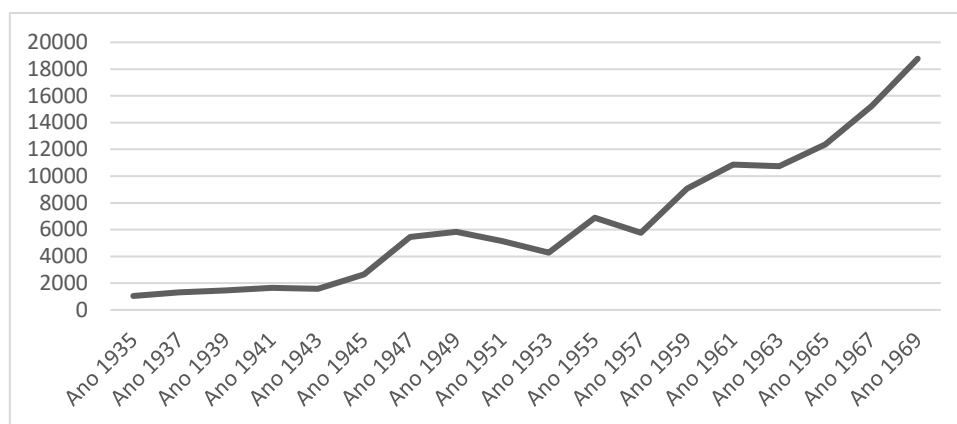
Ao analisarmos comparativamente o investimento efectuado nos estabelecimentos de saúde dependentes deste ministério, ao nível do *Hospital Escolar*, do *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*, do *Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto* e do *Instituto Português de Oncologia*, podemos observar várias fases. Numa primeira fase, essencialmente até 1951, a grande maioria das verbas seria canalizada para o *Hospital Escolar*. Contudo, a partir desta data, este ministério deixaria de reservar despesas orçamentais para esta instituição, que passava das instalações de Santa Marta, para o novo *Hospital de Santa Maria*. Numa outra fase, a partir do pós-guerra, observamos um sustentando e constante crescimento das verbas concernentes ao *Instituto Português de Oncologia*, que cresceriam exponencialmente a partir de finais da década de cinquenta, ocupando o estatuto de mais importante estabelecimento de saúde, em termos orçamentais, tutelado pelo *Ministério da Educação Nacional*. Muito menores, mas ainda assim sustentadas seriam as verbas canalizadas para o *Instituto Bacteriológico*. O estabelecimento mais pobremente dotado seria, contudo, o *Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto*<sup>1709</sup>.



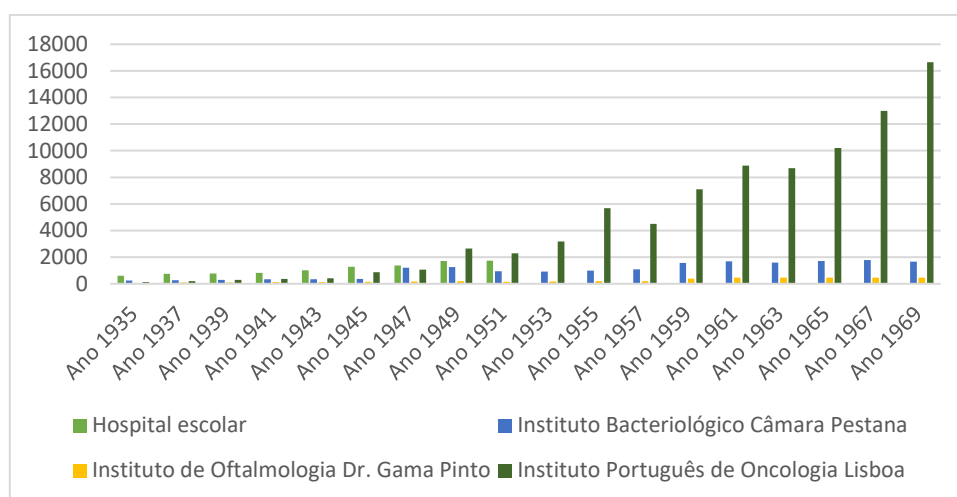
**Gráf. 130:** Percentagem da despesa hospitalar orçamentada do *Ministério da Instrução Pública/Ministério da Educação Nacional* em relação à sua despesa total (1935-1969) [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1935-1969)*]<sup>1710</sup>.

<sup>1709</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1970].

<sup>1710</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 131:** Evolução da despesa orçamentada do *Ministério da Instrução Pública/Ministério da Educação Nacional* com os hospitais dele dependentes (1935-1969) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1935-1969)*]<sup>1711</sup>.



**Gráf. 132:** Evolução comparada da despesa orçamentada dos estabelecimentos de saúde dependentes do *Ministério da Instrução Pública/Educação Nacional* (1935-1969) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1935-1969)*]<sup>1712</sup>.

<sup>1711</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1712</sup> Idem.



**CAPÍTULO 2:**  
**A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIS.**  
**OUTROS INDICADORES SANITÁRIOS**



## 2.1. A Saúde e a Assistência Materno-Infantis

O Estado Novo considerava que a família tinha como principal objectivo a procriação, sendo pois avesso à utilização de qualquer tipo de meio anticoncepcional. A ideologia do regime em relação à vida e à reprodução parecia plasmada na da Igreja Católica, a religião oficial do Estado. O Estado Novo identificava-se, pois, com o natalismo, incentivando o culto da família numerosa e desenvolvendo, a partir da década de 1930, uma clara actividade propagandística nessa área<sup>1713</sup>.

A família era considerada a célula-base da sociedade do Estado Novo, um dos pilares do regime, integrando o pentagrama das suas verdadeiras bases - Deus, Pátria, Família, Autoridade e Trabalho – apregoadas por Salazar em 1936, durante um discurso comemorativo da Revolução Nacional. Conforme consta na *Constituição de 1933*, nos artigos 12 e 14, a família era um dos pilares do enquadramento social e de política económica, constitucionalmente eleita como base primária da educação, da disciplina e da harmonia social, “fonte de conservação e desenvolvimento da raça” e fundamento da ordem política e administrativa<sup>1714</sup>.

O natalismo considerava que a família tinha como essencial função a reprodução, combatendo os métodos contraceptivos, numa posição partilhada com a da Igreja Católica, com forte enraizamento popular no nosso país. O natalismo era uma posição comum nos regimes autoritários dos anos trinta. Na Espanha franquista, o interesse demográfico não era ilusório, observando-se um paralelismo com as ideias

---

<sup>1713</sup> Cf. CARNEIRO, Marinha – *Ajudar a Nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Universidade do Porto, 2008, p. 454.

<sup>1714</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 25936. *Diário do Governo, I Série*. 237 (1935-10-12).

populacionistas da Itália fascista de Mussolini e, em certo modo, com as expressas pelo partido nacional-socialista de Hitler<sup>1715</sup>.

Mussolini considerava que o maior dos problemas italianos era o problema demográfico. Franco, na senda do ditador italiano, afirmava que Espanha necessitava de quarenta milhões de habitantes. Na verdade, as questões demográficas sempre estiveram presentes no discurso higienista, que se foi verificando na Europa desde meados do século XVIII. Ao longo do século XIX e durante a primeira metade do século XX, os médicos de saúde pública demonstraram cada vez maior interesse pelo tema, culminando na polémica entre natalistas e neomalthusianos, reflectindo sobre a hipótese de controlar a fecundidade<sup>1716</sup>.

Como podemos observar, esta política natalista era verificada em países como a Itália, na qual o regime fascista, a partir de 1922, se inspirou nas encíclicas de Pio XI e na corrente eugénica<sup>1717</sup> defensora do darwinismo social. Nesse sentido, o estado de Mussolini reforçaria e fundaria várias instituições de apoio à maternidade e à infância, definindo, como um dos objectivos de defesa da raça, o aumento populacional. Por seu turno, o nacional-socialismo alemão beneficiaria, com apoio materno-infantil, os cidadãos de «raça pura», aos quais aplicariam as medidas natalistas, em detrimento dos estrangeiros, associais, deficientes e judeus.

---

<sup>1715</sup> Cf. BERNABEU-MESTRE, Josep – Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. In *Revista de Demografía Histórica*, XX, I, 2002, p. 125.

<sup>1716</sup> Cf. CHARBIT, Y. – *Malthusianisme au Populationnisme*. Paris: P.U.F., 1981.

<sup>1717</sup> **Eugenia**: do grego «boa geração» ou «bom nascimento». Neologismo introduzido por Francis Galton em 1883, embora as tentativas para melhorar a raça através de medidas drásticas, adaptando à espécie humana técnicas de produção animal, vêm de tempos recuados. Foi, contudo, com o advento do darwinismo que se criou o ambiente propício para que Galton, primo de Darwin, pudesse enunciar a eugenia, isto é, «a ciência que permite melhorar a espécie humana dando às raças e estirpes de melhor sangue uma maior probabilidade de rapidamente prevalecer sobre os menos dotados». Entre as duas guerras mundiais, o clima político foi favorável à instauração de legislações fortemente marcadas pelo eugenismo em vários países, com relevo para os E.U.A., Suíça, Áustria, Países Escandinavos. Nos E.U.A., indivíduos considerados «inferiores» por sofrerem de alguma doença julgada hereditária, alguma deficiência, ou por pertencerem a grupos marginalizados (prostitutas, alcoólicos, delinquentes) foram sujeitos a esterilização involuntária. Contudo, foi o regime nazi que levou até às últimas consequências os procedimentos de esterilização forçada de deficientes mentais, epiléticos, portadores de doença hereditária, indivíduos associais e, mais tarde, promovendo a eutanásia involuntária dessas pessoas e, finalmente, pela «solução final» da questão judaica, através do extermínio de milhões de indivíduos. Cf. OSSWALD, Walther - Eugenia. In CHORÃO, João Bigotte [dir.] – *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura, Edição século XXI*. Lisboa/São Paulo, Editorial Verbo, 1999. vol. 11, p. 308.

Estas medidas, contudo, no caso alemão, ganharam um cunho não universalista, sexista e racista, excluindo desses benefícios as “categorias inferiores” da população. Autoras, como Gisela Bock, discordam da existência de uma política natalista preconizada por Hitler, defendendo que o regime alemão tendia a um cultuar da paternidade e do anti-natalismo, ao ter criado a política de esterilização forçada que atingiu os judeus, os ciganos e os alemães considerados impuros<sup>1718</sup>. Também na Espanha franquista observou-se um encorajamento à natalidade e a uma luta contra a mortalidade infantil, desenvolvendo-se um conjunto de seguros, prémios e subsídios nesse sentido. Se, de facto, podemos observar algumas similitudes entre a política de saúde materno-infantil do Estado Novo e as políticas natalistas do fascismo italiano e da Espanha franquista, o mesmo não podemos sublinhar em relação à Alemanha hitleriana. Irene Pimentel salienta uma diferença radical da política portuguesa a este nível em relação ao nacional-socialismo, dado que medidas eugénicas de esterilização eram impensáveis tanto para a Igreja Católica como para o Estado Novo<sup>1719</sup>.

O culto da família numerosa, a defesa do retorno da mulher ao lar, a atribuição de medalhas a famílias com muitos filhos era observável em Portugal, mas também eram práticas vulgares em outros países, durante as décadas de vinte e trinta, como medidas de propaganda natalista. Em França, a título de exemplo, em 1920, seria criada uma medalha para as famílias com mais de cinco filhos<sup>1720</sup>. Para incentivar a procriação, o Estado Novo apropriou-se de algumas posições médicas natalistas para fazer surgir uma propaganda assinalável. É observável, durante as décadas de trinta e de quarenta, a publicação de múltiplos artigos concernentes à assistência sanitária materno-infantil no *Boletim da Assistência Social*, sob claro patrocínio do regime, no sentido de catequizar e educar as mães.

Na verdade, o regime ditatorial português parece ter-se assemelhado às restantes ditaduras europeias, na medida em que as primeiras medidas de protecção da saúde materna e infantil corresponderam exclusivamente ao interesse dos próprios Estados,

---

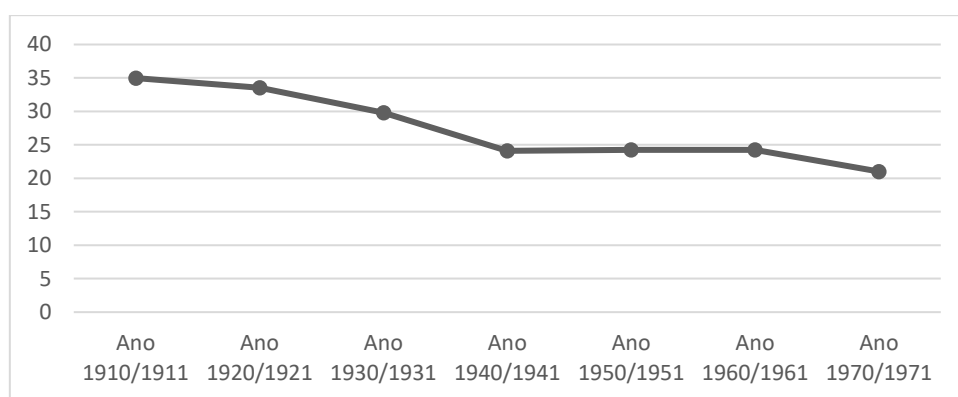
<sup>1718</sup> *Apud* PIMENTEL, Irene Flunser – *A cada um o seu lugar: A política feminina do Estado Novo*, p. 94.

<sup>1719</sup> IDEM – *Ibidem*.

<sup>1720</sup> IDEM – *Ibidem*.

que as impuseram sem a intervenção de movimentos femininos, silenciados pelos regimes<sup>1721</sup>.

Ainda em 1956, durante o *IV Congresso da União Nacional*, o professor António de Almeida Garrett<sup>1722</sup>, reputado pediatra, defendia que muito ainda havia a fazer no que era respeitante à defesa da família, interessando, apenas e contudo, as famílias prolíficas, pensadas enquanto fundamento de continuidade da Nação”. Da mesma forma, segundo o autor, era necessário lutar contra os casais voluntariamente estéreis.



**Gráf. 133:** Evolução da Taxa Bruta de Natalidade (1910/1911 – 1970/1971) – em permilagem [Fonte: MORAIS, Maria da Graça, *op. cit.*, p. 303].

No que era relativo à taxa bruta de natalidade<sup>1723</sup>, observamos uma descida acentuada até à década de quarenta, para nos anos seguintes vir a manter-se na ordem das 24,27 crianças nascidas por mil habitantes. A partir da década de sessenta, observamos uma nova quebra deste indicador na ordem dos três pontos permilagem<sup>1724</sup>.

No Estado Novo, a mulher ocupava um papel fulcral no seio da família. Por tal, o regime observava de forma negativa a sua introdução no mundo do trabalho pois, para além de reduzir a natalidade, poderia incrementar a mortalidade infantil, colocando,

<sup>1721</sup> Cf. PIMENTEL, Irene Flunser – *História das Organizações Femininas no Estado Novo*, p. 64.

<sup>1722</sup> **António de Almeida Garrett (1884-1961):** médico e professor universitário, natural de Porto. Licenciado pela *Escola Médico-Cirúrgica do Porto*, em 1906. Foi director da *Faculdade de Medicina do Porto* (1931), subdelegado, delegado e inspector dos serviços de saúde da cidade do Porto, vogal do Conselho Superior de Higiene e vice-presidente do Conselho Geral da *Ordem dos Médicos* (1945). Foi deputado à assembleia nacional. Cf. CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009, p. 156.

<sup>1723</sup> **Taxa Bruta de Natalidade:** número de nados vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Cf. MORAIS, Maria da Graça, *op. cit.*, p. 303.

<sup>1724</sup> Cf. MORAIS, Maria da Graça, *op. cit.*, p. 303.

ainda, em causa a ordem moral da sociedade. Esta ideia parecia estar presente nas ditaduras ibéricas, observando-se, em Espanha, um discurso culpabilizador das mães, responsabilizando-as pela alta taxa de mortalidade infantil, devido à sua ignorância face aos cuidados aos recém-nascidos<sup>1725</sup>.

Conforme ditava Salazar, em 1933, em discurso radiodifundido da *União Nacional*, intitulado “Conceitos económicos da nova Constituição”: “o trabalho da mulher fora do lar desagrega este, separa os membros da família, torna-os um pouco estranhos uns aos outros. Desaparece a vida em comum, sofre a obra educativa das crianças, diminui o número destas; e com o mau ou impossível funcionamento da economia doméstica, no arranjo da casa, no preparo da alimentação e do vestuário, verifica-se uma perda importante, raro materialmente compensada pelo salário recebido (...). Defendemos que o trabalho da mulher casada e geralmente até o da mulher solteira, integrada na família e sem a responsabilidade da mesma, não deve ser fomentado”<sup>1726</sup>. Ainda em 1962, num artigo publicado na revista francesa *Familles dans le Monde*, o Instituto de Assistência à Família fazia saber da existência de “medidas de protecção” na educação das raparigas, procurando encaminhá-las para “profissões mais adequadas às suas possibilidades”. Da mesma forma, o artigo defendia que o trabalho das mulheres fora do domicílio era regulado pelas “exigências da moral, de defesa física, de vida doméstica, de educação e do bem social”<sup>1727</sup>.

No IV Congresso da *União Nacional*, em 1956, Adriana Rodrigues<sup>1728</sup>, professora do Instituto de Serviço Social de Lisboa, apresentava uma tese sobre a missão das mães de família, importantes pois eram “formadoras de homens”, portanto colaboradoras na obra de renovação nacional e social. Para a autora, “a maternidade é

---

<sup>1725</sup> Cf. BERNABEU-MESTRE, *op. cit.*, p. 136.

<sup>1726</sup> Cf. SALAZAR, António Oliveira – *Antologia (1909-1966)*. 3ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 1966, p. 66.

<sup>1727</sup> Cf. INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA – Medidas a Favor da Família em Portugal. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho 1962, p. 102.

<sup>1728</sup> **Adriana Antónia de Paiva Rodrigues**: assistente social e professora no Instituto de Serviço Social de Lisboa, era colaboradora da revista *Os Nossos Filhos*, na secção de educação feminina. Educadora familiar, era profundamente católica. Em 1947, casou com Barata Moura. Foi autora de contos para crianças. Vide PESSOA, Ana Maria Pires – *A Educação das Mães e das Crianças durante o Estado Novo: a Proposta de Maria Lúcia Vassalo Namorado*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005.

antes de tudo, a capacidade, o conhecimento e competência para fazer homens”<sup>1729</sup>. Adriana Rodrigues apontava um grave problema do seu tempo: a mulher fora do lar. Na sua opinião, tal era um atentado contra a instituição familiar, podendo provocar “atraso mental dos filhos” e obrigando à criação de um sem número de instituições especializadas para cuidar e tratar das crianças. Por tal, era necessária uma nova orientação da “opinião pública tendente a prestigiar a acção das mulheres no seu lar”<sup>1730</sup>.

Como bem nota Vanda Gorjão, a apologia do regresso ao lar nunca foi um objectivo do regime canalizado para todos os meios sociais. Tal propaganda era direccionada essencialmente para as classes urbanas de pequena ou média burguesia. Na verdade, a realidade social e económica não se coadunava com o modelo tradicional de família propalado pelo regime. A inevitabilidade do trabalho da mulher fora de casa era encontrada nas páginas das mais variadas revistas femininas desde a década de trinta. Estas publicações exaltavam duplamente a mulher dona-de-casa, mas também davam conselhos às leitoras de como gerir o seu tempo entre a vida profissional e a vida doméstica, prova cabal desta duplicidade da função social da mulher, sobretudo ao nível das camadas médias da população urbana<sup>1731</sup>.

Em Portugal, contudo, não se observou uma directa e rígida culpabilização das mães pela mortalidade infantil, embora indirectamente essa culpa estivesse presente, sendo a sua ignorância alvo de uma campanha propagandística bem dirigida e patrocinada pelo regime, de forma a educar a mulher para o cumprimento dos seus “deveres maternos”. A criação da *Obra das Mães para a Educação Nacional* é uma prova cabal da necessidade de doutrinação da mulher para a maternidade e para os seus deveres domésticos. Ana Maria Pessoa, na tese de doutoramento sobre a educação das mães e das crianças durante o Estado Novo, também admite a insistência na ignorância das mães, de todas as classes sociais, sobre assuntos de puericultura, o que levava a uma clara necessidade de educar estas mulheres, tema que encheria diversas

---

<sup>1729</sup> Cf. RODRIGUES, Adriana – Missão da Mãe de Família na Defesa da Instituição Familiar. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. IV, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 155.

<sup>1730</sup> IDEM - Ibidem, p. 157.

<sup>1731</sup> Cf. GORJÃO, Vanda – *Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2002, p. 98-99.



páginas da revista *Os Nossos Filhos*<sup>1732</sup>, publicação estudada com pormenor pela autora<sup>1733</sup>.

A título de exemplo, a publicação *Os Nossos Filhos*, queria intervir a este nível, promovendo a medicina social, dando a conhecer as mais básicas regras de higiene, em linguagem acessível, ao maior número possível de mulheres, para que aprendessem a manter a sanidade familiar, pela qual eram as maiores responsáveis. Esta aprendizagem possuía, no entender da direcção da publicação, um importante efeito a longo prazo, diminuindo o número de casos patológicos e reproduzindo uma cadeia de ensino-aprendizagem, na qual as mães poderiam ensinar umas às outras as regras que levariam à subida dos índices sanitários da população<sup>1734</sup>.

O Estado Novo esforçava-se, pois, por doutrinar e ensinar as mães ignorantes, que desconheciam as regras básicas de higiene materno-infantil e os seus deveres reprodutivos, observando-se um claro controlo ideológico do regime face à condição social feminina. Todo o discurso de divulgação de conhecimentos higiénicos e sanitários parece estar carregado de conotações políticas, ideológicas e religiosas. Indubitavelmente, o regime estava mais preocupado com a moralização das classes pobres. Contudo, concomitantemente com a ideia de mãe ignorante observava-se a ideia de mãe ignorada, ignorada pela sociedade, a vítima que tinha de ser auxiliada nas situações de doença e de desamparo sanitário, económico e afectivo. Era necessário doutrinar, não só as mães, mas todas as mulheres, “para que o desejo de independência e do luxo não as levem para a fábrica”<sup>1735</sup>, tendo em conta que “a mulher, por hábito ou já por deformação da mentalidade, preferirá o trabalho profissional ao trabalho doméstico”<sup>1736</sup>.

De 4 de Julho de 1935, data uma missiva do director-geral de Saúde, José Alberto de Faria, para o presidente do Conselho, enviando um decreto-lei e as bases

---

<sup>1732</sup> *Os Nossos Filhos (1942-1959)*: publicação periódica feminina, que pretendia transmitir princípios, valores e normas de comportamento, nomeadamente a educação da mãe portuguesa. Dirigida por Maria Lúcia Vassalo Namorado, iniciou a sua publicação a 1 de Junho de 1942, sendo produzidos 205 fascículos até 1959. Possuía periodicidade mensal. Vide PESSOA, Ana Maria Pires, *op. cit.*, p. 422.

<sup>1733</sup> Cf. PESSOA, Ana Maria Pires, *op. cit.*, p. 898.

<sup>1734</sup> IDEM, *ibidem.*, p. 969.

<sup>1735</sup> Cf. PARECER n.º. 37/VI: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE INSTITUTOS DE SERVIÇO SOCIAL, p. 778.

<sup>1736</sup> *Ibidem*, p. 778.

anexas respeitantes à implementação de uma «Jornada da Creança». Tratava-se de um projecto de lei, assinado pelo ministro do Interior, Henrique Linhares de Lima, que pretendia dar satisfação ao preceito constitucional da defesa da família como “fonte de conservação e desenvolvimento da raça”<sup>1737</sup>. Nesse sentido, cabia ao Estado intervir na puericultura, segundo três principais orientações: a do ensino (por intermédio dos seus órgãos de instrução pública), a de graduação e vigilância do esforço e vida humanas (através dos serviços técnicos e sociais) e a da realização de todas as medidas que incitassem à comodidade e higiene da mulher que ia ser mãe e da criança, que granjeava legitimamente o direito de ser “atendida e servida como um valor pessoal e nacional”<sup>1738</sup>. Esta última orientação era, na sua opinião, a que apresentava uma maior falha na sua efectivação.

Esta «Jornada da Creança», que parece não ter sido concretizada, destinava-se, pois, a difundir e a exemplificar, em todo o país, os princípios e métodos de puericultura e os conhecimentos que interessavam à defesa da saúde da mulher grávida, do recém-nascido e da criança até à idade escolar, através de uma missão de propaganda, que incluía a afixação de cartazes, o cinema e a rádio. Esta jornada possuía, também, como objectivo “a realização cómoda e segura do parto bem como uma maior redução da mortalidade das crianças portuguesas”<sup>1739</sup>. Por tal, estava prevista a sua actuação tanto nos centros urbanizados, bem como nos locais mais distantes. Por missiva datada de 15 de Julho de 1935, sabemos que o ministro do Interior determinou que se estudasse a possibilidade de ser efectuada essa missão de propaganda pelo país<sup>1740</sup>, embora não tenhamos mais qualquer tipo de informação posterior, o que sugere a sua não efectivação.

Esta proposta do director-geral de Saúde parece ter sido desenvolvida alguns anos depois, tomando o título de *Jornadas de Mães de Família*. Com o objectivo de chamar a atenção das autarquias, das casas do povo, das misericórdias, das irmandades, de todas as instituições de assistência, de todas as famílias, “de todos os homens bons de Portugal”<sup>1741</sup> para as responsabilidades especiais que a assistência à maternidade

---

<sup>1737</sup> Cf. ANTT - *Arquivo Oliveira Salazar*, Ministério do Interior, Gabinete do Ministro, Mç. 484, pt.1/1.

<sup>1738</sup> IDEM - *Ibidem*, Mç. 484, pt.1/1.

<sup>1739</sup> IDEM - *Ibidem*, Mç. 484, pt. 1/1.

<sup>1740</sup> IDEM - *Ibidem*, Mç. 484, pt.1/2.

<sup>1741</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 25936, p. 123.

impunha no sentido da defesa da família, o governo delineou promover uma acção de propaganda adequada, as *Jornadas das Mães de Família*. Nesse sentido o regime procurava auxiliar a saúde materno-infantil através do favorecimento de postos de consulta e orientação, de forma a ensinar as mães, grávidas, parturientes ou lactantes “os ensinamentos de profilaxia ou puericultura e os socorros de urgência de que mais carecerem e os quais lhe deverão, quanto possível, ser prestados no próprio domicílio”<sup>1742</sup>.



**Fig. 2:** Cartaz propagandístico da I *Jornada das Mães de Família*, realizada em 13 e 14 de Junho de 1942

[**Fonte:** SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º.8/9, Outubro/Novembro, 1943].

O Estado tornava claro que o bem-estar da família era, por vezes, contrariado pela utilização das maternidades, dos hospitais e das creches. Mais, ainda, “não se julga

<sup>1742</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 25936, p. 123.

favorável ao bem da família o internamento sistemático das mães, nos casos de gravidez ou parto, cuja anormalidade não reclame cuidados ou intervenções especiais”, isto porque o “abandono do lar, mesmo temporário, é com frequência portador de graves inconvenientes para a integridade moral da família”<sup>1743</sup>. O Estado Novo valorizava, assim, o parto no domicílio, por razões de ordem moral, ao mesmo tempo que reiterava uma concepção minimalista no domínio assistencial, na qual as maternidades poderiam ser utilizadas de uma forma abusiva por parte da população. Quem deveria, pois, recorrer às maternidades? Conforme o Parecer 9/III da *Câmara Corporativa*, deveriam ser as mulheres cujos partos se previssem difíceis ou que por outro motivo corriam maior risco, aquelas que não tinham casa própria ou cuja habitação não reunisse o mínimo de condições higiénicas e morais<sup>1744</sup>.

Conforme afirmaria Maria Luísa Van Zeller, deputada da *Assembleia Nacional*, subdirectora do *Instituto Maternal*, “não podemos, nem devemos, pretender que todos os partos normais se realizem nas maternidades”<sup>1745</sup>, num país onde as mesmas não passavam de uma dezena. Estas deveriam ser reservadas para os casos clínica e socialmente anormais. Esta espécie de assistência, centrada no parto domiciliário era, pois, considerada por esta, como socialmente mais vantajosa, do agrado das assistidas e mais económica.

De facto, este estímulo à natalidade era uma das formas encontradas pelo Estado Novo para fazer face à enorme mortalidade infantil. Como proferiu Joaquim Diniz da Fonseca na sessão de encerramento das *II Jornadas das Mães de Família*, em 1943: “há cépticos que não acreditam que seja possível travar a onda de covarde suicídio e de aniquilamento que parece arrastar a raça portuguesa à semelhança de outros povos. E é certo que a história nos ensina que jamais foi possível salvar uma sociedade em que a onda de desnatalidade consciente se instalou e não encontra forte reacção”. Por isso, ao lado da mortalidade infantil que se registava, “podemos fazer avultar o valor da fecundidade”, propagandeando mães heróicas, “obreiras da vitalidade da nação”<sup>1746</sup>.

---

<sup>1743</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 25936, p. 124.

<sup>1744</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 90.

<sup>1745</sup> Cf. VAN ZELLER, Maria Luísa – Assistência Materno-Infantil em Portugal: Princípios e Realizações. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, n.º. 107/110, Janeiro/Dezembro 1952, p. 91

<sup>1746</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Joaquim, *op. cit.*, p. 7.

As primeiras jornadas, previstas para 1935, só ocorreram entre 13 e 14 de Julho de 1942 e reuniram cinco ideias-chave: a) a maternidade é uma honra e uma glória para a mãe; b) por via de regra, os filhos podem e devem nascer no próprio lar; c) o aleitamento a biberão deve ser o último recurso, mas quando se torna indispensável é necessário rodeá-lo de todos os cuidados higiénicos; d) limpeza e não riqueza: água e sabão custam pouco dinheiro<sup>1747</sup>. Estas ideias eram explicadas em pequenos textos, fáceis de assimilar, muitas vezes tomando a forma de quadras populares, de um pendor claramente educativo e que sublinhavam a importância do parto domiciliar, do aleitamento materno e da higiene no tratamento das crianças.

Em 1943, realizou-se a *II Jornada das Mães de Família*, que defendeu, em linhas gerais os mesmos princípios. Em 1940 foi publicado um novo *Código Administrativo* que tornava obrigatória às misericórdias as funções de assistência às grávidas e recém-nascidos.



**Fig. 3:** Cartaz propagandístico da *II Jornada das Mães de Família*, realizada em 1943. [Fonte: SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.8/9, Outubro/Novembro, 1943].

<sup>1747</sup> Cf. CARNEIRO, Marinha, *op. cit.*, p. 458.

Esta importância do doutrinação da mulher tendo em vista a maternidade, compreende-se pelo conteúdo expresso no Parecer 9/III da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Assistência Social*. Nele os procuradores assumiam que “a mulher foge cada vez mais ao fardo que para ela representa a maternidade (...) É necessário que a mulher pobre não fuja, por justificado receio de desemprego e do desamparo material e moral, ao dever de ser mãe”<sup>1748</sup>. Por esse motivo, se multiplicavam as acções de propaganda sobre a mulher-mãe, pobre mas honrada, rodeada por uma prole de dez filhos, como o modelo ideal de família do Estado Novo.



**Fig. 4:** Dois postais propagandísticos publicados por ocasião da I *Jornada de Mães de Família*, ocorrida em 1942. O da esquerda é da autoria da pintora Ofélia Marques, enquanto o da direita é de Raquel Roque Gameiro [Fonte: ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*/CO/IN-9 A, pt. 14].

Ainda em 1961, no Parecer 42/VII sobre o novo *Estatuto da Saúde e Assistência*, a *Câmara Corporativa* voltava a afirmar que a “a fuga da mulher ao dever de ser mãe mantém-se”<sup>1749</sup>. Dessa forma, era necessário intensificar a protecção da família para que a mulher pudesse criar em casa os seus filhos, sem necessidade de se deslocar à fábrica ou ao escritório para, pelo seu trabalho, conseguir o complemento indispensável à

<sup>1748</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 91.

<sup>1749</sup> Cf. PARECER 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1382-1385.

sustentação do agregado familiar. No mesmo documento, observamos que a *Câmara Corporativa* considerava que “a deficiente preparação da mulher para a vida do lar está, muitas vezes, na origem da desagregação de muitas famílias e do consequente recurso ao serviço social”<sup>1750</sup>.

A assistência infantil e a assistência maternal eram considerados dois aspectos indissociáveis de interesse vital para o futuro da Nação. A mulher e a criança, dois elementos essenciais da família, necessitavam de um plano de defesa eficiente que congregasse interesses de ordem espiritual, moral, civil e nacional. Era a tradução do espírito do Portugal cristão, no respeito pela unidade da família, pela pessoa humana e no dever social de prestar a todos uma assistência justa (supletiva, de preferência no plano familiar e preventiva)<sup>1751</sup>.

É incontornável que o Estado Novo, entre 1933 e 1945, desempenhou um papel importantíssimo melhorando os índices de saúde materno-infantil da população portuguesa. Em cerca de 15 anos, o número de maternidades triplicou, aumentou o número de lactários e de outras instituições prestadoras de cuidados de puericultura, que se começaram a instalar um pouco por todo o país. Da mesma forma, observou-se a diminuição, ainda que ténue, da mortalidade infantil e um aumento de afluência das grávidas às maternidades. Contudo, muito havia ainda que fazer. A mortalidade infantil em Portugal era a maior registada em toda a Europa.

É interessante verificar esta contradição entre a ideologia do regime e a realidade dos factos. Se, por um lado, o Estado Novo propagandeava as virtudes do parto domiciliário, por outro, aumentava o número de maternidades e a sociedade civil respondia com um aumento claramente significativo de mulheres a recorrerem ao parto medicalizado naquelas instituições, o que nos parece mais uma clara contradição da política de saúde propagandeada pelo regime. Na verdade, Salazar parecia idealizar uma política natalista que não fosse onerosa para o Estado, o que se veio a verificar incoerente e impossível.

---

<sup>1750</sup> Cf. PARECER 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA., p. 1391.

<sup>1751</sup> Cf. VAN ZELLER, Maria Luísa - Assistência Materno-Infantil em Portugal: Princípios e Realizações, p. 55-56.

Em termos doutriniais, o Estado Novo de Salazar manteve a sua doutrina natalista, conservadora e católica, condenando o aborto, os métodos contraceptivos, o trabalho feminino e defendendo o parto domiciliário. Tudo isto com uma dimensão moral e com uma dimensão económica subliminar. Contudo, se a doutrina se manteve, a sociedade evoluiu. A partir da década de sessenta, observa-se um aumento da nupcialidade e uma diminuição da natalidade, o que nos sugere um alargamento da utilização de métodos anticoncepcionais<sup>1752</sup>. Concomitantemente, cada vez eram mais as mulheres no mundo do trabalho e cada vez mais procuravam ter os seus filhos em instituições com parto medicalizado.

A partir da década de cinquenta seriam desenvolvidos os primeiros contraceptivos orais, que só chegariam a Portugal em 1963, lançados pela *Shering* sob a designação comercial de *Anvolar 21*. Na verdade, a sua venda não seria autorizada enquanto anticoncepcional, mas sim como regulador do ciclo menstrual<sup>1753</sup>. Este facto marcaria o início de um novo ciclo para as mulheres portuguesas.

Em 1966, foi publicado novo *Código Civil*. No seu artigo nº. 1674, referente ao “poder marital”, o marido continuava a ser considerado o chefe de família, competindo-lhe representá-la e “decidir em todos os actos da vida conjugal comum”. O mesmo Código acrescentava que as mulheres não necessitavam do consentimento do marido para exercer profissões liberais ou funções públicas, nem para publicar obras referentes à sua propriedade intelectual. O exercício de actividades lucrativas mediante contratos de trabalho não era, também, susceptível de consentimento do marido, mas este tinha o direito de denunciar o contrato sempre que quisesse. A mulher não podia, ainda, estar à frente de um negócio comercial sem o consentimento do marido<sup>1754</sup>.

---

<sup>1752</sup> Cf. MÓNICA, Maria Filomena – Sociedade. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*, vol. IX, suplemento P/Z. Porto: Livraria Figueirinhas, 1999, p. 453-460.

<sup>1753</sup> Cf. BASSO, Paula – O Século XX: o Século Farmacêutico. In *A Farmácia e o Medicamento: uma História Concisa*. Lisboa: Clube do Coleccionador CTT, p. 187.

<sup>1754</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 47344. *Diário do Governo*, I Série. 247 (1966-11-25).



### 2.1.1. A Centralidade Estatal da Assistência Materno-Infantil

Para agilizar a assistência materno-infantil, o regime criou um conjunto de organizações. Nesse sentido, foi criada, em 1935, a organização nacional *Lar Português* que estabelecia como uma das suas prioridades, a assistência materno-infantil, para além da assistência social e sanitária efectuada às famílias<sup>1755</sup>. Esta parece ter sido uma das primeiras tentativas do governo de Salazar a favor da assistência materno-infantil.

Mais conhecida como *Organização Nacional Defesa da Família*, esta instituição pretendia fazer cumprir um dos objectivos da Constituição, que dizia caber ao Estado assegurar a defesa da família “como fonte de conservação e desenvolvimento da raça”, pelo que se destinava a difundir princípios e a preparar os meios para a defesa dos núcleos familiares. Note-se que a família era considerada a origem e o fim da assistência. Por tal, o Estado possuía a missão fundamental de cuidar da habitação, da moral, bem como da economia dos núcleos mais vulneráveis. A direcção desta organização era composta pelo presidente do Conselho, ministros do Interior, da Instrução Pública, da Justiça e o subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social. No seio desta organização, seriam desenvolvidas as *Jornadas das Mães de Família*, referidas anteriormente, pensadas como conferências anuais durante as quais se discutiam os apoios a desenvolver para a diminuição da taxa de mortalidade infantil e a valorização do papel das famílias.

Os dados estatísticos demonstram que esta instituição desenvolveu, entre 1939 e 1941, cuidados de saúde, prestando consultas nos postos subsidiados pela organização, procedendo ao internamento de crianças e de doentes e distribuindo medicamentos (*vide* Tab. 43)<sup>1756</sup>.

---

<sup>1755</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 25936, p. 124.

<sup>1756</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal [1939-1941]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1942].

	Ano 1939	Ano 1941
<b>Consultas nos postos subsidiados pela organização</b>	468	11746
<b>Internamento de crianças</b>	7	23
<b>Internamento de doentes</b>	25	14
<b>Distribuição de medicamentos</b>	476	1882
<b>Outros</b>	43	350

**Tab. 43:** Cuidados de saúde desenvolvidos pela *Organização Nacional Defesa da Família*, entre 1939 e 1941.

Em 1936 foi criada uma nova instituição, a *Obra das Mães pela Educação Nacional*, sendo o responsável o então ministro da Educação Nacional, António Carneiro Pacheco<sup>1757</sup>. Segundo os estatutos regulamentados nesse mesmo ano, os objectivos desta instituição seriam estimular a acção educativa da família, assegurar a cooperação entre esta e a escola e preparar melhor as “gerações femininas” para os seus futuros deveres maternos, domésticos e sociais. De entre as várias formas de actuação, saliente-se a orientação que deveria ser dada às mães através de uma activa difusão das noções fundamentais de higiene e puericultura de modo a criarem os seus filhos da melhor forma e em estreita colaboração com a *Organização Nacional Defesa da Família*.

Contudo, estes ensinamentos pareciam ser dirigidos às “mulheres do povo”, nomeadamente às operárias. Irene Pimentel cita Carneiro Pacheco, quando este esclarece que, apesar dos erros de algumas “mães ricas”, cabia às dirigentes de origem social elevada a reeducação dessas “mulheres pobres”. A partir de 1938, a *Obra das Mães* realizaria anualmente a Semana da Mãe, com a qual tentava exaltar a família e a

<sup>1757</sup> **António Faria Carneiro Pacheco (1887-?)**: nasceu em Santo Tirso e formou-se em Direito na *Universidade de Coimbra*. Em 1918 foi deputado no parlamento de Sidónio Pais, voltando a sê-lo na I e II legislaturas da *Assembleia Nacional*. Entre 1931 e 1936 ocupou o cargo de vice-reitor da *Universidade de Lisboa*, que deixou para ser elevado a ministro da Instrução Pública, vindo depois a ser titular da pasta da Educação Nacional. Entre 1922 e 1934 fez parte do Conselho Geral do *Banco de Portugal*, cargo que abandonou por incompatibilidade com as suas funções de deputado. Foi o responsável pela criação da *Academia Portuguesa da História*, a *Mocidade Portuguesa*, a *Obra das Mães para a Educação Nacional*, entre outras instituições. A sua obra magna intitulou-se *Portugal Renovado*, datada de 1940, que reúne os seus escritos políticos. Vide CARNEIRO PACHECO, António Faria. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. V, p. 974.

maternidade, contra o trabalho da mulher fora do lar, as restrições de natalidade e a mortalidade infantil. Realizada no dia da mãe, a 8 de Dezembro de cada ano, esta iniciativa resumia-se à atribuição de berços e enxovais e prémios às famílias numerosas. Da mesma forma, esta organização visava desenvolver nos portugueses o gosto pela educação física, tendo em vista a saúde de cada um e o serviço à pátria. Nesse sentido, outro dos objectivos desta organização seria organizar a secção feminina da *Mocidade Portuguesa*<sup>1758</sup>.

Segundo a Condessa de Rilvas, na apresentação do programa desta instituição, em 1938, o apoio materno-infantil por parte da mesma iniciou-se, a título experimental nas maternidades e lactários de Lisboa, onde além de acolherem leite e tratamento médico, as mães recebiam ensinamentos relativos ao seu papel social no seio da família. Em 1942, foi criado, nesta organização, o *Serviço Maternal de Assistência ao Domicílio*, rapidamente retirado da sua lista de actividades e integrado no *Instituto Maternal*<sup>1759</sup>. Contudo, durante os primeiros anos até ao início da II Guerra Mundial, encontramos documentada uma acção assistencial, pró-natalista, no domínio da saúde, por parte desta instituição, abrangendo a prestação de consultas, a ajuda à hospitalização, a assistência a partos e o apoio à realização de análises e radiografias<sup>1760</sup>. Esta actividade desaparece posteriormente, provavelmente transferida para o *Instituto Maternal*.

Em 1945 foi criado o *Instituto de Assistência à Família*, no qual ficaria integrada a *Organização Nacional Defesa da Família*. Este instituto tinha por finalidade favorecer a família e promover a “melhoria das suas condições morais, económicas e sanitárias”<sup>1761</sup>.

---

<sup>1758</sup> Cf. PIMENTEL, Irene Flunser – A cada um o seu lugar: A política feminina do Estado Novo, p. 204.

<sup>1759</sup> Cf. PIMENTEL, Irene – História das Organizações Femininas no Estado Novo, p. 134.

<sup>1760</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal [1937-1943]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1938-1944].

<sup>1761</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 35108, p. 915.

Instituto de Assistência à Família
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenar a acção das instituições com semelhante finalidade;</li> <li>• Promover e auxiliar a fundação e a manutenção dessas instituições;</li> <li>• Fomentar a criação de estabelecimentos e serviços de assistência infantil, designadamente de centros de assistência rural e postos de consulta;</li> <li>• Combater o aborto;</li> <li>• Combater o alcoolismo e a sífilis;</li> <li>• Contribuir por meios próprios para o tratamento dos enfermos e para a sustentação dos inválidos;</li> <li>• Exercer acção educativa junto da família, favorecendo a sua regular constituição e o seu "aperfeiçoamento moral";</li> <li>• Promover a colocação dos desempregados;</li> <li>• Tentar uma melhoria das condições de salubridade das habitações;</li> <li>• Conceder subsídios de alimentação e agasalhos;</li> <li>• Divulgar noções de previdência e favorecer o seu desenvolvimento;</li> <li>• Auxiliar as famílias numerosas;</li> <li>• Difundir as noções de higiene da gravidez e de profilaxia preventiva;</li> <li>• Divulgar as noções fundamentais de puericultura e higiene e instituir socorros especiais para diminuir a mortalidade infantil;</li> <li>• Organizar as Jornadas de Mães de Família;</li> <li>• Promover a prestação de socorros urgentes por ocasião de calamidades públicas ou sinistros.</li> </ul>

**Tab. 44:** Atribuições do *Instituto de Assistência à Família*, veiculado pelo Decreto-Lei nº. 35108 (1945).

Em 1943 foi criado o *Instituto Maternal*, com a finalidade de efectivar e coordenar a prestação de assistência médico-social à maternidade e à primeira infância. Apesar de ser essa a sua principal missão, a instituição possuía outros objectivos, como organizar e dirigir investigações científicas, organizar estágios e aperfeiçoamento dos médicos em ginecologia e puericultura, organizar e dirigir cursos de enfermeiras puericultoras, o combate ao aborto e a difusão pedagógica das normas de higiene e puericultura. O Instituto possuía a sua sede em Lisboa, na Maternidade Alfredo da Costa, e delegações no Porto e em Coimbra<sup>1762</sup>. Com personalidade jurídica e autonomia administrativa, o Instituto funcionava como uma espécie de direcção-geral, integrada no *Ministério do Interior* e dependente do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*.

Agregadas ao Instituto estavam, para além da *Maternidade Alfredo da Costa*, as maternidades Magalhães Coutinho, Santa Bárbara e Júlio Dinis. Esta nova organização pretendia exercer a sua actividade em coordenação com a *Organização Nacional Defesa da Família*, posteriormente *Instituto de Assistência à Família*, e com outras instituições particulares com o mesmo fim. As receitas do Instituto advinham dos pagamentos dos assistidos, famílias, autarquias ou outras entidades responsáveis, dos espólios não

<sup>1762</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 32651, p. 79.

reclamados dos doentes falecidos, doações, heranças, legados e subsídios do Estado e autarquias<sup>1763</sup>. Através do *Estatuto da Assistência Social*, como já vimos anteriormente, o *Instituto de Apoio à Família* e o *Instituto Maternal* passariam a órgãos coordenadores da assistência nesta área, orientando e coordenando a acção das instituições particulares<sup>1764</sup>.

Apesar de os indicadores de saúde materno-infantil, em 1945, serem ainda muito deficientes era propagandeada a existência de centros de assistência social materno-infantil “verdadeiramente modelares”, capazes de uma assistência completa, médica e higiénica, educativa, moral e económica à mãe e à criança<sup>1765</sup>. Contudo, Maria Luísa Van Zeller, subdirectora do *Instituto Maternal*, apontava problemas na distribuição das obras de assistência, que agravariam a sua manifesta insuficiência. Estas condensavam-se nos grandes agregados populacionais, deixando de fora as populações rurais. Outro problema era a falta de centralização directiva, com vários serviços dispersos por numerosos departamentos do Estado. A falta de recursos humanos, a dificuldade no seu recrutamento, a sua impreparação e os seus parcos vencimentos eram outros dos problemas apontados pela subdirectora do *Instituto*<sup>1766</sup>.

Segundo a mesma autora, cabia ao *Instituto Maternal* uma função essencialmente educativa, dependendo desta e de uma orientação directa sobre as mães o meio mais eficaz de conseguir a redução da taxa de mortalidade infantil. No entanto, o mesmo Instituto criava um serviço de consultas ambulatoriais de obstetrícia e puericultura, no intuito de prestar assistência materno-infantil em localidades onde não era possível pôr a funcionar postos de consultas fixos. Contudo, este organismo debatia-se com problemas orçamentais, pois o movimento de mulheres e crianças assistidas aumentava de ano para ano. Para poder fazer face aos objectivos delineados, seriam necessários pesados encargos para o Estado, segundo Maria Luísa Van Zeller, considerando insuficientes as suas dotações<sup>1767</sup>.

---

<sup>1763</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 32651, p.80.

<sup>1764</sup> Cf. LEI n.º. 1998, p. 179.

<sup>1765</sup> Cf. MARQUES, António Pereira – O Espírito e a Técnica da Assistência Materno-Infantil. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, n.º. 25/26, Março/Abril 1945, p. 212.

<sup>1766</sup> Cf. VAN ZELLER, Maria Luísa - Assistência Materno-Infantil em Portugal: Princípios e Realizações, p. 67.

<sup>1767</sup> IDEM - Ibidem, p. 73-74.

José dos Santos Bessa, então chefe da delegação de Coimbra do *Instituto Maternal*, durante o *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*, em 1952, reconhecia que o ritmo de expansão e de intensificação da acção do Instituto tinha sido menor nos últimos três anos e, tendo em conta as taxas de partos sem assistência, a mortalidade materna, a nado-mortalidade e a mortalidade infantil, urgia que o Estado lhe concedesse as necessárias dotações<sup>1768</sup>. Na verdade, fazia parte dos votos finais desse Congresso, a necessidade de concessão, ao *Instituto Maternal*, das dotações necessárias para pôr em execução, em todo o país, a rede de estabelecimentos materno-infantis previstos<sup>1769</sup>.

Com o decorrer dos anos, observou-se uma perda da importância do *Instituto Maternal* e da reivindicação de uma maternidade por distrito, dado ter-se desenvolvido uma política hospitalar, que levou à construção de hospitais com serviços de pediatria e obstetrícia. Concebido como uma superestrutura política para dirigir, controlar e dinamizar todas as unidades de assistência clínica na área materno-infantil, o Instituto servia claramente a ideologia do Estado Novo, contribuindo para uma unidade de pensamento segundo o seu modelo ideológico católico e conservador<sup>1770</sup>.

Com a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, o *Instituto de Assistência à Família* e o *Instituto Maternal* mantiveram a sua função de institutos coordenadores, passando a depender directamente do ministro da Saúde e da Assistência<sup>1771</sup>. No *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, observamos a referência de que a evolução favorável ao nível do aumento do total de dispensários, maternidades e enfermarias de partos se deveu, a partir dos anos sessenta, à actuação do *Instituto Maternal*, em mercê de um acréscimo de dotações ao seu dispor. Na verdade, observou-se a integração, no Instituto, de verbas aplicadas por outras entidades e não propriamente um acréscimo de verbas<sup>1772</sup>.

---

<sup>1768</sup> Cf. BESSA, José dos Santos – Assistência Materno-Infantil em Geral. Legislação. Institutos Maternais. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1952, p. 20-23.

<sup>1769</sup> Cf. BESSA, José dos Santos [et al] – Votos Finais: 1ª Secção – Puericultura. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1952, p. 50-54.

<sup>1770</sup> Cf. CARNEIRO, Marinha, *op. cit.*, p. 356.

<sup>1771</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 42210, p. 379.

<sup>1772</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1079.

Os Códigos Administrativos de 1936 e 1940, segundo uma tradição anterior, obrigavam as misericórdias a assistir grávidas e recém-nascidos<sup>1773</sup>. Contudo, com a publicação do *Estatuto da Assistência Social*, em 1944, passava a caber ao Estado a assistência à maternidade e à primeira infância, passando as misericórdias a órgãos coordenadores e supletivos do Estado nesta área<sup>1774</sup>. Este era o primeiro e único tipo de assistência na qual o Estado assumia a sua completa coordenação, organização e financiamento, pelo menos do ponto de vista legislativo. Já não chamava a si, unicamente um pendor complementar, mas considerava a sua função central, dentro dos princípios constitucionais e das tradições cristãs do país. Notava-se, pois, uma estatização da assistência materno-infantil, que a tornaria diferente de todas as outras formas de assistência. Observe-se que esta legislação seria publicada no decorrer de um grave período de crise do regime, em que a paz social parecia ameaçada pela contestação generalizada decorrente das fracas condições económicas e sociais sentidas pela população durante o pós-guerra.

Em 1963, foi publicado o *Estatuto da Saúde e Assistência*, segundo o qual, a higiene materno-infantil passava a ser considerada uma actividade de saúde pública, destinada a promover a saúde e a combater preventivamente a doença (base IX)<sup>1775</sup>. Contudo, continuava a ser considerada uma actividade assistencial, destinada a proteger os indivíduos não cobertos pelo seguro social ou privado. Note-se que esta legislação, mais uma vez, seria publicada num período de grave crise do regime, após as eleições de 1958. Como resposta a este período de crise, a nível assistencial, o regime responderia com a criação de um novo ministério, o *Ministério da Saúde e Assistência*, como já verificámos. E seria, no seio deste novo ministério que o novo *Estatuto da Saúde e Assistência* seria desenvolvido e publicado.

Na verdade, os ideólogos do Estado Novo não acreditavam numa resposta assistencial efectiva e global por parte do Estado, legislada desde 1944 pelo *Estatuto da Assistência Social*. Maria Luisa Van Zeller, acreditava que, dada a natureza humana da mãe e do filho “nunca os serviços de assistência materno-infantil poderão ser suficientes

---

<sup>1773</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 31095, p. 1671.

<sup>1774</sup> Cf. LEI n.º. 1998, p. 434.

<sup>1775</sup> Cf. LEI n.º. 2120, p. 77.

para satisfazer integralmente as necessidades físicas, psicológicas, morais e civis da criança que se gera [...] ou da mulher”<sup>1776</sup>.

Também o professor António de Almeida Garrett, no *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*, organizado pela *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, em Novembro de 1952, defendia ser necessária a expansão de obras de protecção à infância, embora “dessas obras não poderá obter-se resultado muito notável [...] porque as condições próprias do nosso povo não o consentem”<sup>1777</sup>. O regime adoptava, pois, uma visão fatalista e resignada da assistência materno-infantil. Contudo, considerada como uma grande obra de carácter nacional, dentro dos princípios constitucionais e das tradições cristãs do país, a obra assistencial do regime era considerada notável, não necessitando de uma alteração da sua orientação<sup>1778</sup>.

Ainda em 1961, aquando da publicação do Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Saúde e Assistência*, este órgão considerava que no aspecto do “amparo à maternidade” havia muita obra a fazer<sup>1779</sup>. Em 1963 seria criada a A.D.S.E., que se ocuparia da assistência materno-infantil dos seus servidores. Esta assistência seria assegurada mediante acordos a realizar com estabelecimentos e serviços adequados, oficiais e particulares, que prestassem assistência no parto, na gravidez, no puerpério e ao recém-nascido<sup>1780</sup>.

No relatório da *Câmara Corporativa* que precedeu o *III Plano de Fomento para 1968-1973*, o tema da elevada mortalidade infantil no nosso país voltaria a ser recorrente. Segundo o documento, esta continuava a ser devida à má preparação das mães e das famílias para dispensarem os cuidados mais correctos aos recém-nascidos, e à falta de protecção às grávidas e de assistência no parto. Do ponto de vista da taxa de mortalidade neonatal, o relatório considerava a posição portuguesa pouco desfavorável,

---

<sup>1776</sup> Cf. VAN ZELLER, Maria Luísa - *Assistência Materno-Infantil em Portugal: Princípios e Realizações*, p. 97.

<sup>1777</sup> Cf. GARRETT, António de Almeida – *Estatística Demográfica e Luta contra a Mortalidade Infantil*. In *SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – I Congresso Nacional de Protecção à Infância*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1952, p. 15.

<sup>1778</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 99.

<sup>1779</sup> Cf. PARECER n.º. 42/VII: PARECER DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1384.

<sup>1780</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 45002, p. 429.



mais ligada às doenças hereditárias, de causas congénitas, pouco influenciadas pelo nível sanitário do país<sup>1781</sup>.

Há, ainda, a referir que, em 1967, seriam aprovados os estatutos de uma nova associação, a *Associação para o Planeamento da Família*. Esta propunha-se cooperar com as famílias portuguesas, principalmente as de menores recursos, no planeamento de uma natalidade responsável<sup>1782</sup>. Pela primeira vez, o Estado aprovava os estatutos de uma associação que visava claramente o planeamento familiar, concordando com a sua importância e, até um certo ponto, distanciando-se da moral católica contrária à contracepção. Note-se que, em 1968, o Papa Paulo VI publicaria uma carta-encíclica, que denominaria “A Vida Humana”, onde revelaria uma posição claramente contrária ao aborto, à contracepção e a qualquer meio de regulação da maternidade<sup>1783</sup>.

Os principais objectivos desta associação seriam a orientação das famílias na resolução de problemas de esterilidade conjugal involuntária e a orientação dos casais para uma natalidade consciente e responsável. A profilaxia do aborto era uma das suas causas mais prementes, bem como a difusão de informação e a actividade formativa relativa ao seu âmbito de acção, em matéria de fecundidade conjugal. A *Associação para o Planeamento da Família* orientava-se por vários princípios como a unidade da família, o seu enriquecimento espiritual, moral e económico, a liberdade religiosa dos indivíduos, a liberdade da família em ordem ao planeamento da natalidade, bem como os princípios deontológicos aceites pela moral cristã<sup>1784</sup>. Tratava-se, pois, de defender o planeamento familiar tentando, contudo, não contrariar a moral católica do regime.

#### **2.1.1.1. Do Abono de Família ao Subsídio de Maternidade**

Considerado como uma política social por excelência do Estado Novo, o Abono de Família foi instituído em 1942, pelo Decreto-Lei nº. 32192<sup>1785</sup>. Esta publicação, tornaria o nosso país pioneiro na atribuição deste tipo de subsídio, havendo sido o 11º

---

<sup>1781</sup> Cf. PARECER nº. 9/IX: PROJECTO DO III PLANO DE FOMENTO PARA 1968-1973 – CONTINENTE E ILHAS – ANEXO XIII – SAÚDE, p. 1471.

<sup>1782</sup> Cf. Associação para o planeamento da família. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 7 (Julho-Setembro 1967), p. 123.

<sup>1783</sup> Cf. M.M.S. – Carta encíclica: «A vida humana». In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 11 (Julho-Setembro 1968), p. 138-140.

<sup>1784</sup> Cf. Associação para o planeamento da família, p. 123.

<sup>1785</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 32192. *Diário do Governo, I Série*. 188 (1942-08-13), p. 1025.

país do mundo a implementá-lo, e o sétimo a nível europeu<sup>1786</sup>. Este novo benefício passava a integrar o sistema de previdência social, criado em 1935. Contudo, não se tratava de uma prestação social, como era observável noutros países, mas um complemento de salário, no quadro da doutrina corporativa do salário familiar<sup>1787</sup>.

Alguns países, como a França e a Alemanha, instituíram esta prestação social como um incentivo à natalidade. Contudo, em outros países como a Itália e a Espanha, a criação do Abono de Família, para além da essência natalista, revelava, ainda, uma vertente conservadora de defesa da família. Contudo, em Portugal, esta prestação seria o meio por excelência para a concretização do princípio do salário familiar, inserido na *Constituição de 1933* (artigo 14º, nº. 3), sendo apenas acessoriamente um instrumento de política demográfica<sup>1788</sup>.

Ao salário base de cada categoria profissional, pago directamente pela empresa, seria acrescentado o complemento ou abono, para o qual contribuiriam quer os trabalhadores, quer as empresas, num financiamento apoiado em cotizações sociais. Quanto à cobertura, apenas beneficiariam deste abono os trabalhadores por conta de outrem, na indústria, comércio, profissões liberais ou ao serviço de organismos corporativos. Contudo, para ter acesso a este benefício era necessário ter uma remuneração, possuir nacionalidade portuguesa e residência em território nacional. Era também necessário um “bom comportamento moral e profissional” e ser “chefe de família com pessoas a cargo”<sup>1789</sup>. Estavam, pois, excluídas deste subsídio as trabalhadoras do sexo feminino, seguindo a orientação conservadora observada em Espanha e Itália<sup>1790</sup>.

Em 1943, este complemento seria alargado aos funcionários públicos, continuando, contudo, excluídos os pescadores e os trabalhadores agrícolas, como já acontecia com o esquema geral de previdência social<sup>1791</sup>. O Decreto-Lei nº. 33512

---

<sup>1786</sup> Cf. LEAL, A. S. – Abono de Família. In *POLIS: Enciclopédia VERBO da Sociedade e do Estado*, vol. I. Lisboa: Verbo, 1983, p. 9-12.

<sup>1787</sup> Cf. PEREIRINHA, José A. [et al.] – *Prestações Sociais no Corporativismo Português: A Política de Apoio à Família no Período do Estado Novo*. Lisboa: Gabinete de História Económica e Social, 2009, p. 4.

<sup>1788</sup> IDEM – *Ibidem*, p. 7.

<sup>1789</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 32192, p. 1027.

<sup>1790</sup> Cf. PEREIRINHA, José A. [et al.], *op. cit.*, p. 10.

<sup>1791</sup> IDEM, *ibidem*, p. 12.

modificou, contudo, o diploma de 1942 num ponto fulcral: o abono de família deixava de ser apenas um benefício dos trabalhadores do sexo masculino, passando a constituir um direito de ambos os sexos, sendo eliminada a figura do “chefe de família”<sup>1792</sup>.

No início, estes subsídios eram geridos pelas caixas de abono de família. Contudo, a partir de 1945, através do Decreto-Lei nº. 3410, ficava legislada a progressiva integração destas caixas no sistema de previdência social. Este diploma estabelecia, ainda, a continuidade da concessão deste abono mesmo em alturas de interrupção laboral. Esta disposição levou à criação de serviços de abono de família nas caixas sindicais de previdência, nas caixas de reforma ou previdência e na *Junta Central das Casas dos Pescadores*<sup>1793</sup>. Seria, ainda, criado um Fundo Nacional do Abono de Família, com o objectivo de assegurar a compensação financeira das caixas, num gesto pueril de solidariedade nacional. Contudo, a plena integração destas caixas no regime de previdência social apenas seria possível com a Reforma da Previdência Social de 1962.

Conforme conclui José A. Pereirinha [*et al.*], a criação deste subsídio teve um grande alcance social, possuindo grande peso no total da despesa social. Entre 1948 e 1973 representou entre 21,5% e 34,3% do total da despesa social, atingindo o seu máximo em 1960, voltando a decrescer a partir daí. Seria a prestação social mais abrangente em termos do número de beneficiários abrangidos. Na verdade, esta seria uma iniciativa estatal de política social de um Estado que considerava a sua actuação enquanto supletiva da iniciativa privada. Em 1967, foi criada a *Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família* mediante uma adaptação dos antigos serviços médico-sociais, com objectivos de coordenação e compensação financeira nacional<sup>1794</sup>.

Segundo a Lei nº. 2115, responsável pela reforma da previdência social, em 1962, as casas do povo, e as suas federações, bem como as casas dos pescadores passavam a incluir, segundo este novo diploma, como objectivos de previdência social, os de acção médico-social e de assistência materno-infantil aos seus beneficiários<sup>1795</sup>. Através do mesmo diploma, as caixas sindicais de previdência passavam, também, a

---

<sup>1792</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 33512. *Diário do Governo, I Série*. 20 (1944-01-29), p. 53.

<sup>1793</sup> Cf. PEREIRINHA, José A. [*et al.*], *op. cit.*, p. 12.

<sup>1794</sup> IDEM, *ibidem*, p. 18.

<sup>1795</sup> Cf. LEI nº. 2115. *Diário do Governo, I Série*. 138 (1962-06-18), p. 829.

proteger os seus beneficiários na maternidade, o que constituiu uma clara inovação em relação à legislação de 1935.

A reforma da previdência social também dividiu as caixas sindicais em três espécies, sendo a primeira delas as caixas de previdência e abono de família, destinadas à protecção dos beneficiários e seus familiares em caso de doença e na maternidade, bem como à concessão do abono de família. Estas caixas passavam a ser organizadas regionalmente e passavam, também, a constituir uma federação nacional de forma a coordenar a acção das instituições federadas e a efectuar a compensação financeira dos seguros<sup>1796</sup>.

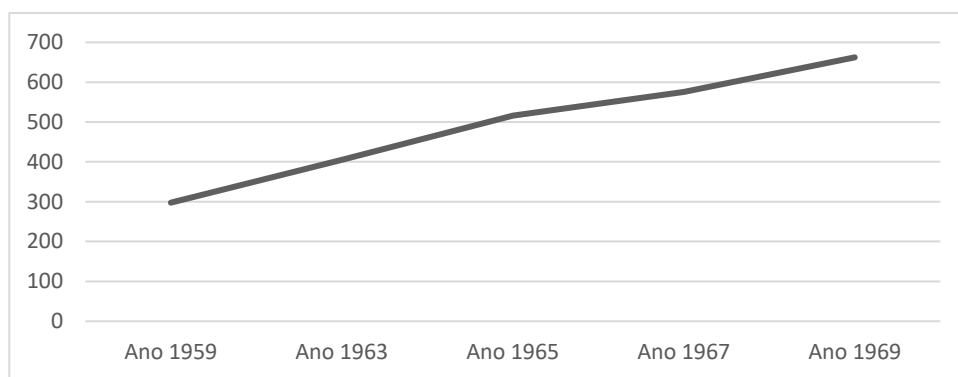
O abono de família variava consoante a média do salário mensal dos beneficiários das caixas, gozando os funcionários públicos de um regime especial. Tinham direito a abono de família todos os descendentes até aos 14 anos, independentemente da frequência escolar, até aos 16 anos se frequentassem escolas, até aos 18 anos, para cursos secundários, e até aos 24, se fossem estudantes universitários<sup>1797</sup>. Durante toda a década de sessenta, podemos comprovar, do ponto de vista estatístico, um aumento sustentado do total de beneficiários das caixas de previdência que receberam abonos de família. Esse aumento também se verificou ao nível dos beneficiários abrangidos e subsidiados por doença e maternidade, embora fosse um crescimento muito discreto. O mesmo comportamento parece ter-se registado no que era relativo aos subsídios de nascimento e de aleitação, com uma maior incidência do segundo. Nesse sentido, é compreensível um exponencial aumento da despesa destas caixas com abonos de família e prestações complementares<sup>1798</sup>.

---

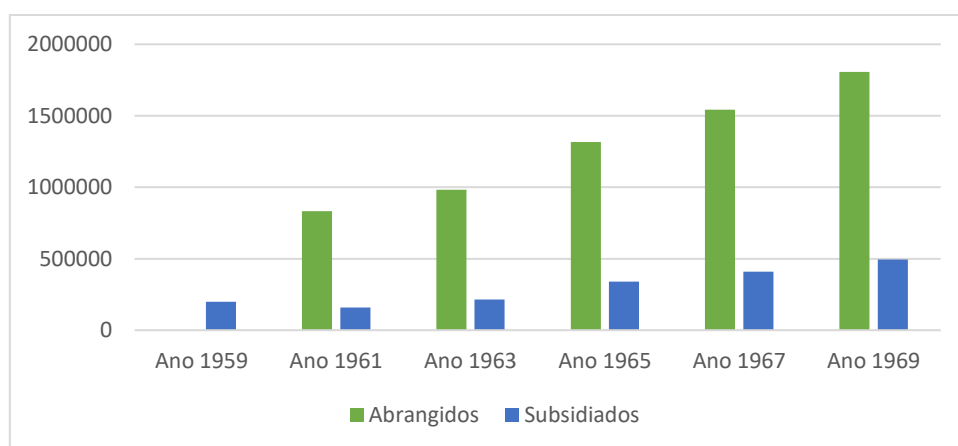
<sup>1796</sup> Cf. LEI n.º. 2115, p. 831.

<sup>1797</sup> Cf. INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA – Medidas a Favor da Família em Portugal, p. 104.

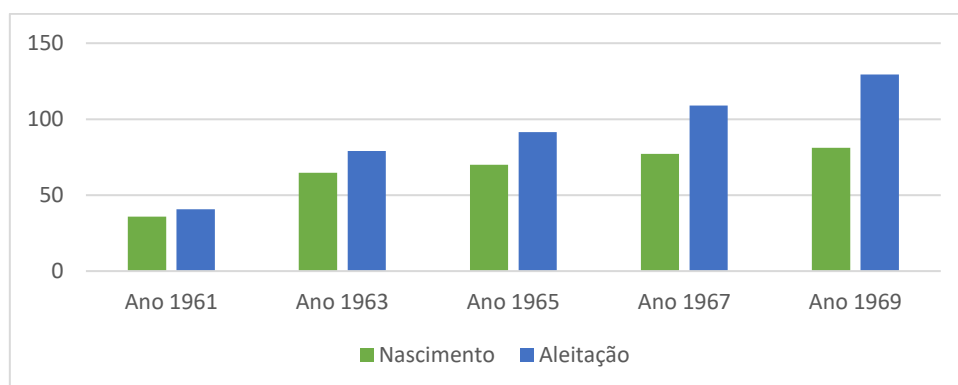
<sup>1798</sup> Cf. MINISTÉRIO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL – Relatório da Previdência (1969), p.68-80.



**Gráf. 134:** Caixas de previdência – total de beneficiários, em milhares, que deram lugar ao pagamento de abonos de família (1959-1969) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de Informação*]<sup>1799</sup>.



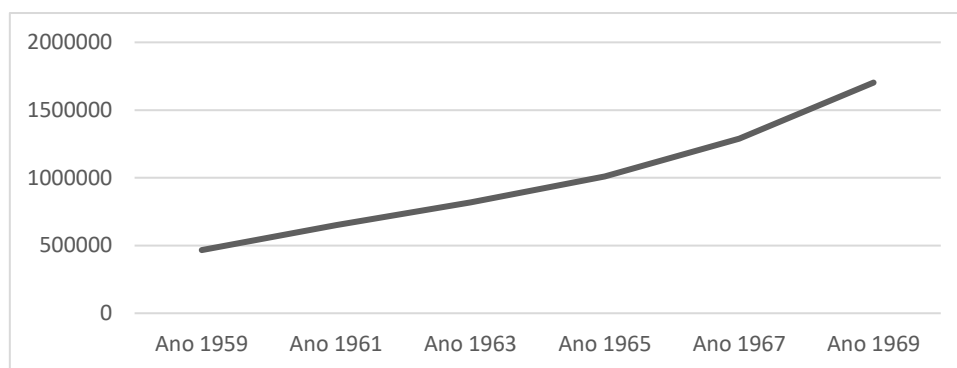
**Gráf. 135:** Total de beneficiários das caixas de previdência, abrangidos e subsidiados por doença e maternidade (1959-1969) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de Informação*]<sup>1800</sup>.



**Gráf. 136:** Caixas de previdência: nº de beneficiários (em milhares) que deram lugar ao pagamento de subsídios de nascimento e aleitação (1961-1969) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de Informação*]<sup>1801</sup>.

<sup>1799</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1800</sup> Idem.



**Gráf. 137:** Despesa das caixas de previdência com a prestação de abonos de família e prestações complementares – em contos (1959-1969) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de Informação*]<sup>1802</sup>.

Em 1963 foi publicado o *Regulamento das Caixas Sindicais de Previdência*, que garantia assistência médica e medicamentosa às beneficiárias e às esposas dos beneficiários na gravidez, no parto e puerpério, por médico ou parteira diplomada e, “se necessário”<sup>1803</sup>, internamento em estabelecimento hospitalar. Ficava, da mesma forma, prevista a concessão de um subsídio, igual ao salário. O diploma previa, ainda, a concessão de subsídios de casamento, nascimento e aleitação. Os subsídios de nascimento e aleitação eram pagos à pessoa que fosse titular do abono de família. O de nascimento era pago uma só vez. O subsídio de aleitação era pago em prestações mensais durante os 8 primeiros meses de vida do recém-nascido, amamentado pela mãe. Se a mãe não pudesse amamentar, o subsídio era substituído pelo fornecimento dos produtos alimentares prescritos pelo médico<sup>1804</sup>.

### 2.1.2. A Defesa do Parto Domiciliário

Como já observávamos, o regime defendia o parto domiciliário, reservando o parto hospitalar para as grávidas pobres, durante a sua fase inicial, passando posteriormente a reservá-lo para os casos mais problemáticos. É a passagem do paradigma funcional médico-social das maternidades para um paradigma essencialmente clínico. Os meios conservadores e católicos, com influência no poder político, consideravam que os partos

<sup>1801</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1802</sup> *Idem*.

<sup>1803</sup> Cf. DECRETO n°. 45266, p. 1515.

<sup>1804</sup> *Ibidem*, p. 1505-1520.

dever-se-iam realizar no domicílio – o “santuário familiar”. O parto hospitalar poderia ocasionar “falta de partilha familiar, esquecimento do marido face aos sofrimentos do parto, a exposição da parturiente com outras mulheres de mau porte”<sup>1805</sup>.

O parto no domicílio era, pois, segundo Marinha Carneiro, uma estratégia de controlo da família pela vizinhança, havendo uma maior possibilidade, nas maternidades, de anonimato. Concomitantemente, a interferência do Estado no espaço familiar era mínima e surgia em nome da medicina social e da saúde pública. A valorização do parto domiciliário era, ainda, uma preocupação estatal pretensamente moralista, reiterando os princípios minimalistas no domínio da assistência. É evidente que não faltavam razões de índole económica: o parto no domicílio não era tão pesado para o Estado<sup>1806</sup>.

Podemos observar, durante os primeiros anos do Estado Novo, a coexistência de duas linhas de opinião no que era relativo ao local ideal para o parto. Uma linha tradicional e conservadora defendia a privacidade da família e o parto domiciliário, e era levada ao extremo, mesmo que acarretasse problemas para a parturiente e o recém-nascido. Outra linha, representada por alguns médicos, como Alfredo da Costa, fortemente populacionista, com tons eugénicos, defendia o desenvolvimento da obstetrícia e da medicina, colocadas à disposição das populações, de forma a reduzir drasticamente a mortalidade infantil e materna e evitar patologias decorrentes da falta de assistência no parto<sup>1807</sup>. A este nível, a política do Estado Novo, parece ter-se concretizado na luta entre estas duas posições, parecendo-nos claramente que, apesar da crescente influência da segunda linha, a vencedora seria a primeira, católica e conservadora. A acção do *Instituto Maternal* era clara prova deste cenário. Centrado no parto no domicílio, o *Instituto Maternal*, com assistência sanitária e serviços de carácter nacional, nunca romperia com a linha católica e conservadora, esforçando-se, contudo, para enquadrar a sua acção com os padrões de medicina científica.

Quanto aos locais onde decorriam os partos, conseguimos reunir dados estatísticos referentes ao período entre 1947 e 1969. Através deles, concluímos que durante este período, hegemonicamente, os partos decorriam no domicílio, em detrimento do parto hospitalar. Contudo, a partir do início da década de sessenta, o parto

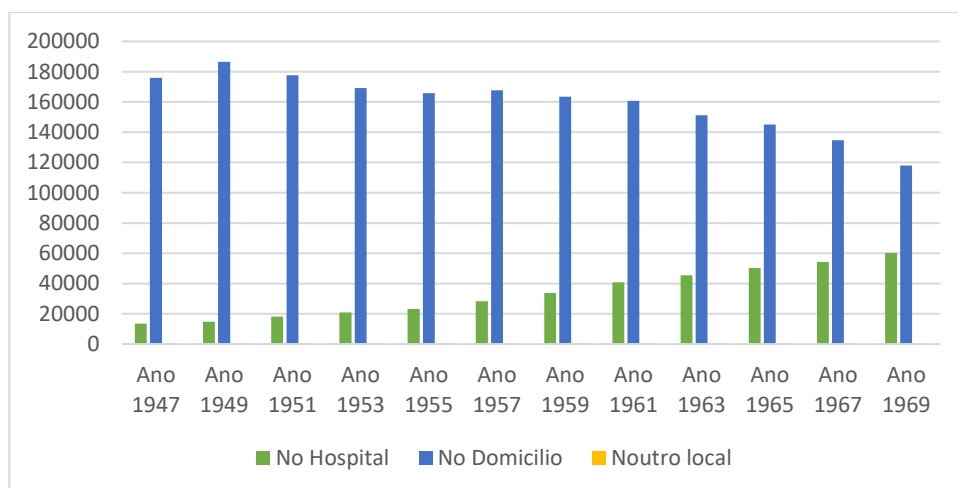
---

<sup>1805</sup> Cf. CARNEIRO, Marinha, *op. cit.*, p. 345.

<sup>1806</sup> IDEM, *ibidem*, p. 345.

<sup>1807</sup> IDEM, *ibidem*, p. 356.

domiciliário começava a perder terreno, registando-se concomitantemente, um aumento expressivo do número de partos decorridos no hospital. Contudo, o parto domiciliário seria sempre hegemónico durante este período<sup>1808</sup>. No estudo por distritos, observa-se que, em 1945, apenas Lisboa, Porto e Viana do Castelo eram os distritos onde a percentagem de partos domiciliários não atingiam a cifra dos 90%. Nos restantes distritos a percentagem de partos domiciliários era superior. Lisboa seria sempre, durante este período, o distrito com menor percentagem de partos no domicílio. Contudo, observou-se uma tendência para o decréscimo deste tipo de partos, mais expressiva a partir de meados da década de sessenta. Note-se que, em 1963, em alguns distritos do país – Aveiro, Braga, Bragança, Viana do Castelo e Vila Real – a percentagem de partos domiciliários era ainda igual ou superior a 90%<sup>1809</sup>.



**Gráf. 138:** Locais de ocorrência dos partos (1947-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1948-1970)]<sup>1810</sup>.

Como já observámos, durante este período, os partos eram, na sua grande maioria, no domicílio. Outros dados revelam-nos que, pelo menos entre 1955 e 1967, grande parte não possuía qualquer tipo de assistência. Em 1955, 69.5% dos partos domiciliários eram efectuados sem qualquer assistência de médico ou parteira. Observa-

<sup>1808</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1947-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1970].

<sup>1809</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1945-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1946-1970].

<sup>1810</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



se, contudo, que, a partir de 1965, o parto com assistência de parteira começava a ganhar terreno em detrimento do parto sem assistência, continuando a crescer nos anos subsequentes. Em 1969, 51% dos partos domiciliários ainda não obtinham qualquer assistência<sup>1811</sup>. Contudo, apesar destes números, em 1950, o subsecretário de Estado da Assistência Social considerava, no órgão propagandístico da política sanitária do governo, o *Boletim da Assistência Social*, que “hoje é reduzido o número de parturientes que não têm assistência médica”<sup>1812</sup>.

	1945	1947	1949	1951	1953	1957	1959	1961	1963	1965	1967	1969
<b>Aveiro</b>	98,4	98,2	98,8	97,7	96,9	95	93,4	91,4	90,7	89,8	86,3	81,5
<b>Beja</b>	99	98,5	97,1	95,6	94,2	88	85	83,4	82,2	78,1	74,6	71,8
<b>Braga</b>	96,1	96,6	96,1	95,5	95,3	94,2	92,4	92	91,1	90,2	88,6	86,2
<b>Bragança</b>	99,7	99,6	99,4	99,1	99,1	98,6	96,9	95,3	93,9	90,8	87,8	85,7
<b>C. Branco</b>	97,9	96,5	95,8	94	93,2	92,4	92,3	89,5	87,4	86,1	82,6	75,8
<b>Coimbra</b>	93	88,9	95,5	80,7	78	77,9	75,5	69,1	65,8	63,1	59,9	55,2
<b>Évora</b>	93,1	91,8	91,2	87,6	84	78,5	76,6	74,8	70	66	64,3	60,2
<b>Faro</b>	97,5	96,8	95,3	94,9	91,8	87,7	87,4	81,1	76,4	72,9	68,4	60,1
<b>Guarda</b>	99,4	99,4	99,2	98,9	98,7	95,3	94	90,6	86,9	87,7	85,6	82,3
<b>Leiria</b>	98,4	97,2	97,3	95,8	95	91,3	89,1	85,7	82,6	80,1	79	72,8
<b>Lisboa</b>	68	68,7	69,3	64,6	59,4	55,4	49,2	46,1	43	37,3	33,3	28,4
<b>Portalegre</b>	95,6	94,6	93,2	91,4	89,3	86,6	83	76,7	74,6	67	68,7	64,9
<b>Porto</b>	88,5	90,2	89,3	88,1	86,2	82,8	78,4	78	76,5	75,6	74,9	70,2
<b>Santarém</b>	96,3	95,2	95,5	93,6	90,9	86,7	85,7	80,4	78	75,5	72,1	65,7
<b>Setúbal</b>	91,9	92	91,2	90	89,3	72,1	66,7	61,2	55,1	53,9	49	38,8
<b>V. Castelo</b>	85,8	87	95,5	97,7	96,4	95,6	94,1	92,3	91	89,1	88,5	85,8
<b>Vila Real</b>	98,1	98,5	98,2	97,9	97,8	96,4	96,8	95	93,8	93,4	92,8	92,1
<b>Viseu</b>	98,3	97,5	97,8	97,1	96	94,5	93,4	91,4	89,5	88,8	87	84,4

**Tab. 45:** Ocorrência, em percentagem, de partos domiciliários por distrito (1945-1969), segundo dados do I.N.E.

Em 1959, José dos Santos Bessa afirmou no *IV Congresso das Misericórdias*, não existir, em Portugal, partos domiciliários feitos em boas condições sanitárias e assistidos por pessoal preparado, devido à “penúria de pessoal tecnicamente preparado

<sup>1811</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1955-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1956-1970].

<sup>1812</sup> Cf. O intercâmbio médico luso-espanhol: conferência do Prof. Bosch Marin. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, n.º. 86/88, Abril/Junho de 1950, p. 101.

para fazer assistência obstétrica”<sup>1813</sup>. No Parecer 42/VII relativo ao projecto de lei sobre o novo *Estatuto da Saúde e Assistência*, em 1961, a *Câmara Corporativa* deixava clara a ineficácia do *Instituto Maternal* na assistência aos partos domiciliários. Nesse ano, o Instituto assistira a 1,9% dos partos no domicílio. Por tal ineficácia, a *Câmara Corporativa* concluía existir necessidade de intensificar a assistência no parto em estabelecimentos adequados, sugerindo mesmo a instalação de pequenas maternidades rurais. Outro dos problemas apontados era o insuficiente número de parteiras e de enfermeiras, apesar de o *Instituto Maternal*, através das suas escolas, ter procurado elevar o número destas profissionais e o nível técnico da enfermagem<sup>1814</sup>. Também o médico A. Lobo da Costa, autor de um extenso artigo sobre as políticas de saúde e assistência em Portugal, afirmava que a responsabilidade da elevada taxa de mortalidade infantil em Portugal era da precária organização do *Instituto Maternal*<sup>1815</sup>.

O mesmo autor considerava poderem existir razões de ordem moral em desabono do parto em maternidade, mas esses inconvenientes poderiam ser reduzidos pela melhoria dos estabelecimentos e dos seus profissionais. Segundo ele, era preciso ter feito clínica nos nossos meios rurais para encontrar os mais variados problemas do parto normal “nas regiões mais sertanejas do Gerez ou do Marão para se compreender porque morrem tantas parturientes, porque a nado-mortalidade é assustadora”<sup>1816</sup>.

Lobo da Costa refere a experiência dos E.U.A. nesta área, onde já em 1935, 60% das parturientes dispunha de assistência médica em casa, enquanto 40% era internada em maternidades. A tendência americana para o uso de maternidades foi simultânea com o rápido e acentuado declínio da mortalidade das parturientes, o que gerou opiniões a favor do parto nas maternidades<sup>1817</sup>.

Estranhamente, os dados estatísticos sugerem-nos uma maior percentagem da ocorrência de nados-mortos nos partos em estabelecimento hospitalar, quando comparado com o nascimento no domicílio. Tendência que viria a baixar entre 1955 e 1969, mas que continuaria muito expressiva durante este período. Da mesma forma, se observa maior percentagem de nados-mortos nos partos domiciliários com assistência

---

<sup>1813</sup> Cf. BESSA, José dos Santos, *op. cit.*, p. 121.

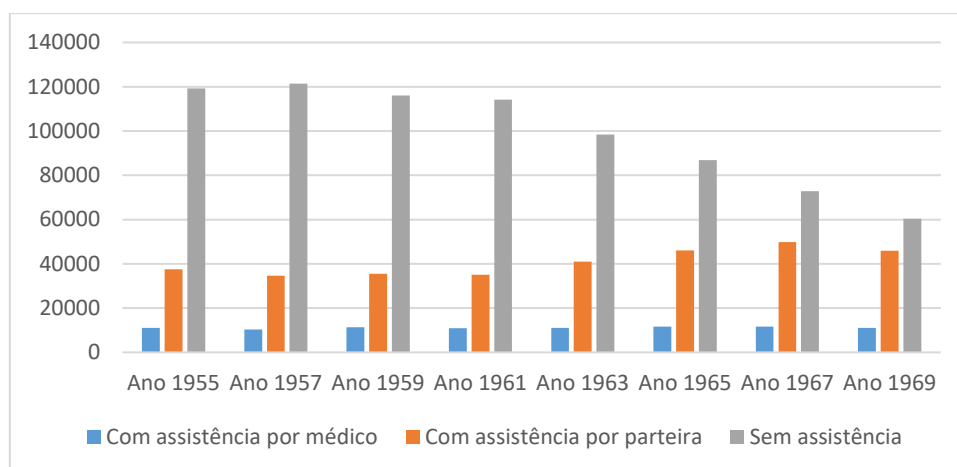
<sup>1814</sup> Cf. PARECER 42/VII – ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1369.

<sup>1815</sup> Cf. LOBO DA COSTA, A., *op. cit.*, p.54.

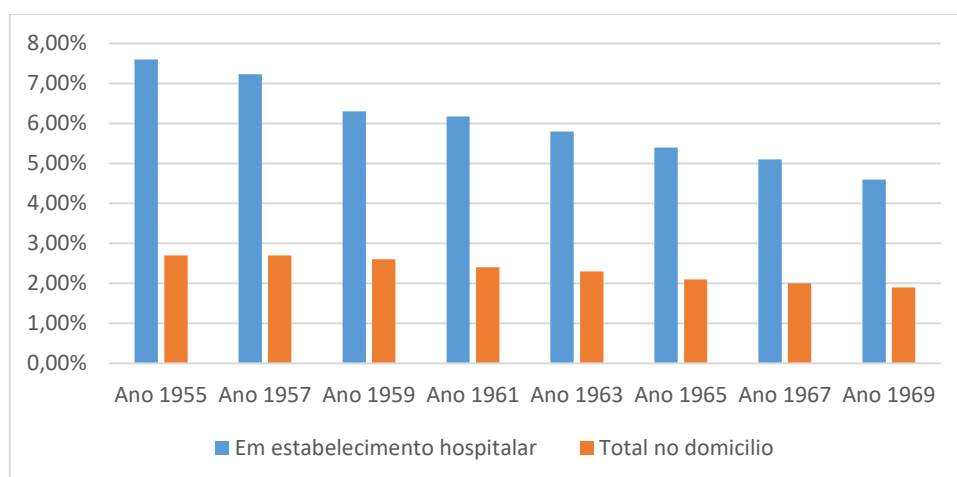
<sup>1816</sup> IDEM, *ibidem*, p. 76.

<sup>1817</sup> IDEM, *ibidem*, p. 79.

médica, quando comparado com partos com a assistência de enfermeiras, sem assistência ou em locais não preparados.



**Gráf. 139:** Assistência dos partos domiciliários (1955-1969), por total de ocorrências [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1956-1970)]<sup>1818</sup>.



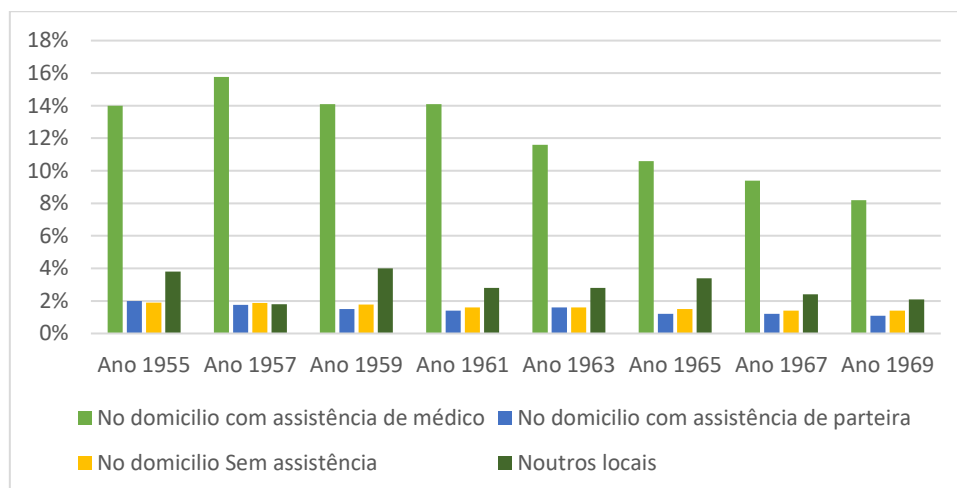
**Gráf. 140:** Percentagem de nados-mortos segundo tipo de parto (1955-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1956-1970)]<sup>1819</sup>.

Francisco Fernandes Homem dá-nos algumas pistas que nos podem explicar esta discrepância relativa ao parto domiciliário e ao parto hospitalar. No seu artigo intitulado “Normas positivas em trabalhos de puericultura”, datado de 1945, explica-nos estes dados com a existência de vários “factores de erro”. As maternidades e os hospitais gerais eram locais onde confluíam, segundo o autor, os maus casos de todo o país. Muitas vezes, as doentes chegavam “em agonia” porque tardiamente era resolvido o seu internamento, frequentemente após várias e infrutíferas tentativas de resolução local do

<sup>1818</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1819</sup> Idem.

problema médico. A este cenário juntavam-se os transportes lentos que serviam a maior parte da população, que não permitiam uma rápida intervenção. Aos hospitais confluíam, da mesma forma, as mulheres que provocavam os seus abortos com uma enorme proporção de infecções<sup>1820</sup>.



**Gráf. 141:** Percentagem de nados-mortos segundo as modalidades de assistência no parto domiciliar (1955-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1956-1970)]<sup>1821</sup>.

Da mesma forma, o autor considerava que outro dos factores de erro deveria residir no registo das causas de morte. Nos hospitais, a notificação era rigorosa “e impessoal”, ao passo que na clínica “mais facilmente poderá haver um subterfúgio benévolo”<sup>1822</sup>. Como podemos observar, o autor assume que os dados poderiam ser alterados, especialmente ao nível dos partos domiciliários, alcançando resultados bastante favoráveis à política de defesa do parto em casa, tão estimada pelo Estado Novo. Se, por um lado fazia sentido uma maior taxa de mortalidade materna e infantil nos serviços hospitalares, mercê da sua, muitas vezes, tardia intervenção, não podemos, como o próprio autor, deixar de admitir um enviesamento dos dados por parte das autoridades.

<sup>1820</sup> Cf. HOMEM, Francisco Fernandes, *op.cit*, p. 236.

<sup>1821</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1822</sup> IDEM, *ibidem*, p. 234.

Se os números do parto domiciliário em relação ao parto hospitalar podem ser assim explicados, também no que é relativo ao parto sem assistência e com assistência de médico ou enfermeira podemos extrapolar os resultados. É evidente que o número reduzido de nados mortos em partos sem assistência se poderá explicar, por um lado, pela facilidade dos partos que dela não necessitassem, mas também por uma ausência de registo, que era favorável às autoridades. A maior mortalidade em partos com assistência médica prendia-se pelo facto de o médico apenas ser chamado em casos mais graves, ao invés da parteira, presente desde o início, especialmente quando se tratavam de clientes mais endinheiradas, capazes de garantir a presença das profissionais de melhor reputação.

Estes dados corroboravam, pois, a ideia de que não eram necessárias grandes formações hospitalares para a assistência materno-infantil, pois, como afirmava Francisco Fernandes Homem, “as estatísticas do parto domiciliário não são piores do que as das Maternidades”<sup>1823</sup>. Segundo o autor, as maternidades deveriam servir para preencher as falhas do domicílio, para resolver e estudar os casos clínicos complicados, amparar as parturientes abandonadas socialmente, restringindo a admissão de grávidas normais.

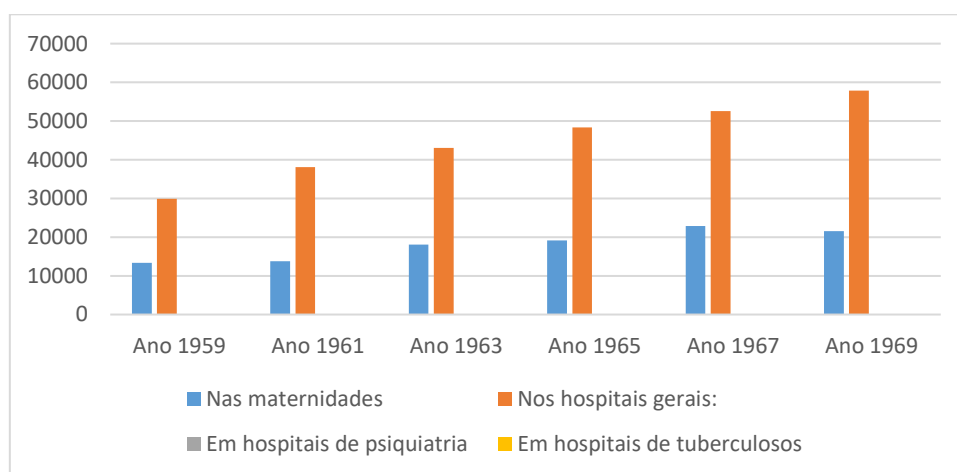
Francisco Fernandes Homem explica-nos como decorria todo o processo a partir dos dispensários, quando existiam. Por volta do oitavo mês de gestação, a enfermeira-parteira do serviço do parto ao domicílio visitava a grávida em sua casa, munida da informação económico-social correspondente, inquirindo das condições da residência para nela ser feito o parto. Comunicado o resultado ao médico, este decidia se o nascimento poderia, ou não, ocorrer no domicílio. Quando se aproximava o momento do parto, a parteira era chamada pela família da grávida. Esta assistia ao parto normal, não podendo empregar espontaneamente medicamentos por via parental. Quando surgia complicações, o médico do dispensário devia ser avisado pelo telefone para tomar a responsabilidade e direcção do tratamento. Contudo, em casos mais graves, em que se sentisse urgente a imposição de uma intervenção, impunha-se o internamento imediato numa maternidade, onde a parteira ia entregar a doente<sup>1824</sup>.

---

<sup>1823</sup> Cf. HOMEM, Francisco Fernandes, *op.cit.*, p. 238.

<sup>1824</sup> IDEM, *ibidem.*, p. 240.

Contudo, quando o parto ocorria numa instituição hospitalar, ocorria preponderantemente numa maternidade? Os dados obtidos, demonstram que a grande maioria das crianças nasciam nos hospitais gerais, no período decorrente entre 1959 e 1969, para o qual foi possível reunir resultados<sup>1825</sup>. Este resultado é explicado, em nosso entender, pelo reduzido número de maternidades espalhadas pelo país no período correspondente, como verificámos. No relativo à dependência patrimonial destes hospitais, para o mesmo período de tempo, concluímos que estes pertenciam essencialmente às misericórdias, se bem que o número de hospitais do Estado viesse a aumentar consideravelmente, tal como o número de hospitais particulares<sup>1826</sup>. Há ainda que fazer referência, pelo menos até meados da década de sessenta, ao aumento do total de partos e de visitas de partos proporcionados pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*<sup>1827</sup>.



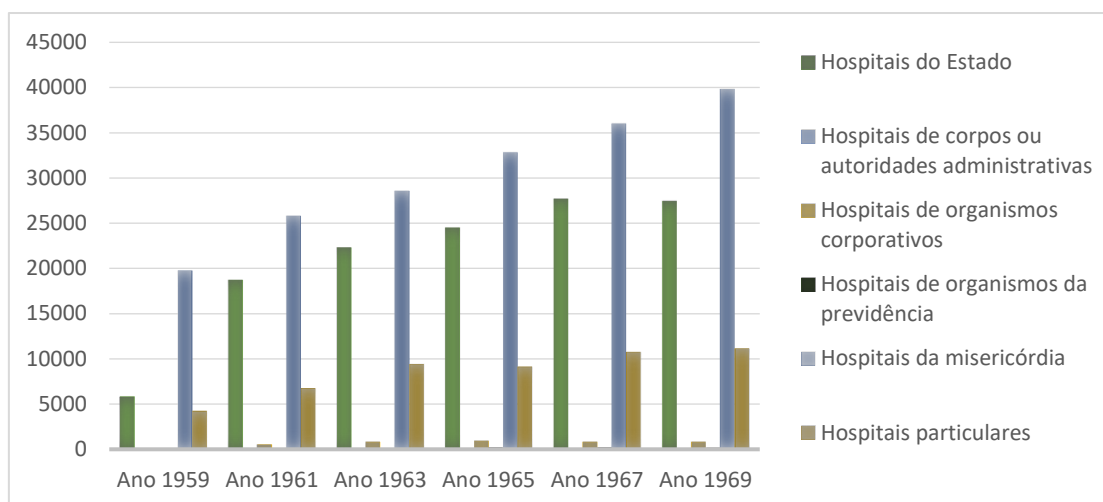
**Gráf. 142:** Total de crianças nascidas segundo o tipo de instituição de saúde (1959-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1960-1970)]<sup>1828</sup>.

<sup>1825</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1970].

<sup>1826</sup> IDEM - *Ibidem*.

<sup>1827</sup> Cf. MINISTÉRIO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL – Relatório da Previdência (1969), p. 77.

<sup>1828</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

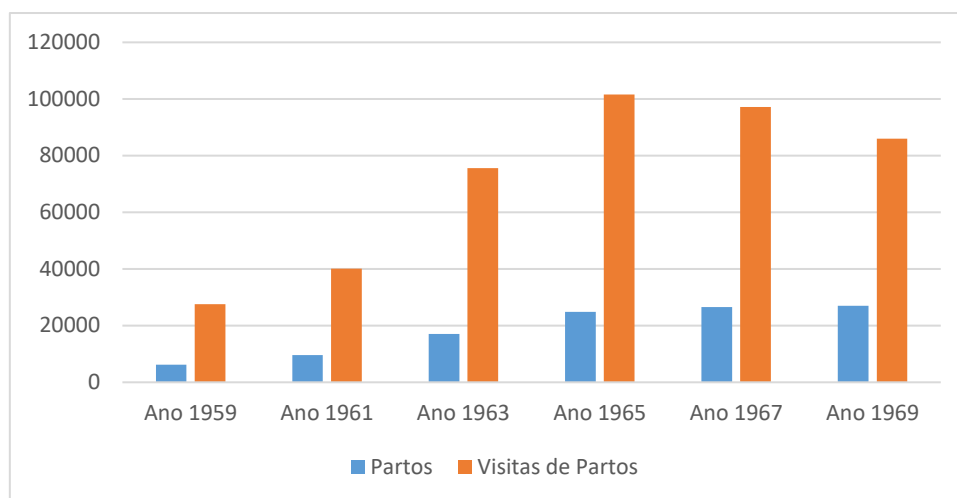


**Gráf. 143:** Total de crianças nascidas segundo a dependência patrimonial dos hospitais (1959-1969)

[Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1960-1970)]<sup>1829</sup>.

Não é, pois, possível descontextualizar os números referentes à taxa de mortalidade infantil do cenário demonstrado por estes dados estatísticos. Era, de facto, a taxa mais elevada da Europa ocidental, mercê de um sistema de saúde com um número muito limitado de estabelecimentos especializados para a assistência materno-infantil durante o parto, com discrepâncias por todo o país. A ideologia e a prática políticas, nos primeiros anos, recusavam a admissão das grávidas consideradas “normais” nestes estabelecimentos, considerando poder existir uma utilização abusiva destes equipamentos de saúde por parte da população. Estes dados estatísticos apontam para que, na generalidade das vezes, durante a década de sessenta, as mulheres grávidas que eram assistidas nos estabelecimentos hospitalares, eram assistidas em enfermarias de partos dos hospitais gerais pertencentes às misericórdias. A grande maioria das crianças nascia no domicílio sem qualquer tipo de assistência. Todo este cenário, que se manteve durante o regime salazarista, embora com uma evolução positiva, era, por si só, combustível de uma taxa de mortalidade infantil muito elevada, em comparação com os nossos parceiros europeus.

<sup>1829</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 144:** Caixas de previdência - Acção médico - social: total de serviços prestados a beneficiários e familiares (1959-1969) [Fonte: SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de Informação*]<sup>1830</sup>.

### 2.1.3. Evolução das Estruturas de Saúde

Em termos de estruturas de assistência sanitária materno-infantil, não podemos deixar de fazer referência às maternidades e enfermarias de partos e aos lactários e dispensários materno-infantis.

#### 2.1.3.1. Maternidades e Enfermarias de Partos

As maternidades, em Portugal, desenvolveram-se no âmbito de um discurso de salvação das mães e das crianças pobres, de cariz humanitário e político, servindo a política natalista. As classes mais favorecidas, no início do século XX, possuíam uma certa aversão ao parto hospitalar, pela má fama destes estabelecimentos antes das descobertas microbiológicas e das práticas de assepsia, gerando grave risco de infecção e morte das crianças e suas mães. Talvez por isso, a emergência destes estabelecimentos

<sup>1830</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



no nosso país tenha sido tardia e, na sua fase inicial, na perspectiva da beneficência e auxílio às classes pobres. Durante as primeiras décadas do século XX, as parteiras e os médicos-parteiros, em clínica livre, asseguravam a resposta necessária em caso de recurso a agentes diplomados, dado que a grande maioria da população recorria a “curiosas”, nomeadamente nas zonas rurais, onde a economia de subsistência, baseada em troca de bens e serviços não permitia o pagamento de recursos especializados<sup>1831</sup>.

Note-se, contudo, que através da *Lei do Exercício da Medicina*, publicada em 1942, seriam vedados, às parteiras, certos actos que passariam a ser considerados actos médicos. Nesse sentido, a este grupo passavam a estar vedadas as operações obstétricas, a utilização de instrumentos além dos permitidos em enfermagem obstétrica, a execução de tratamentos ou exames ginecológicos sem imediata direcção médica, e a prescrição e administração de medicação de uso interno, excepto em casos de urgência comprovada. Estas mulheres eram, ainda, obrigadas a suscitar a imediata intervenção médica sempre que se deparassem com algum parto anormal ou aborto, sob pena de multa<sup>1832</sup>.

No entanto, até 1927, pouco mais existia em Lisboa, para assistência às parturientes, do que a enfermaria de Santa Bárbara, dos *Hospitais Civis de Lisboa*, com grandes deficiências apontadas por vários mestres da obstetrícia. “E não era melhor a situação nas outras terras do país”<sup>1833</sup>, conforme se encontra registado no preambulo do Decreto-Lei nº. 32651. Em 1910 abrira a Maternidade do Porto e, no ano seguinte, em Coimbra, era inaugurada a *Maternidade Dr. Daniel de Matos*, associada à respectiva Universidade. Em 1931, abriu, em Lisboa, a *Maternidade Magalhães Coutinho*, a primeira grande maternidade da cidade, à qual ficou adstrito o ensino da especialidade até então ministrado em Santa Bárbara.

Anteriores aos anos trinta, existiam, ainda, algumas maternidades particulares, nomeadamente a *Maternidade Bensaúde* e a *Maternidade da Companhia de Tabacos*, criada para as suas operárias. A partir dos anos cinquenta, começaram a surgir clínicas,

---

<sup>1831</sup> Cf. CARNEIRO, Marinha, *op. cit.*, p. 320.

<sup>1832</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 32171. *Diário do Governo, I Série*. 175 (1942-07-29), p. 992.

<sup>1833</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 32651. *Diário do Governo, I Série*. 26 (1943-02-02), p. 77.

como a *Clínica Monjardino* e a *Clínica Cabral-Sacadura*, as poucas clínicas existentes com maternidade<sup>1834</sup>.

Em 1932, foi inaugurada, na capital, a *Maternidade Alfredo da Costa*, homenageando o director da enfermaria de Santa Bárbara, no *Hospital de S. José*, que acalentava o sonho de ver construída uma maternidade que prestasse os mais adequados cuidados às grávidas e recém-nascidos. Esta obra integrava-se na redutora orientação de melhorar a raça e fomentar o natalismo pela assistência às mães. Tornava-se claro o carácter eminentemente social destas estruturas sanitárias, orientado essencialmente para as grávidas pobres. Em 1938, foi a vez de a cidade do Porto também contar com uma destas instituições de apoio à maternidade, a *Maternidade Júlio Dinis*. Em Coimbra, em 1943, a Maternidade da Sé Velha deu origem à *Maternidade Bissaya Barreto*.

Ao longo da década de 1930, as maternidades começaram a deixar de ser consideradas como simples casas de abrigo para gestantes pobres para se tornarem centros promotores e orientadores das várias formas de assistência materno-infantil, intervindo durante a gravidez e o puerpério e não apenas durante o parto e cuja acção preventiva visava “defender e melhorar os frutos da descendência humana”<sup>1835</sup>. A assistência nas maternidades tinha, pois, em vista, uma função médico-social, através da “correção das deficiências económicas e morais”<sup>1836</sup>, que impeliam ao abandono das normas básicas de higiene e à demissão da responsabilidade dos familiares. Contudo, estas instituições pretendiam ser, também, centros de trabalho científico, desenvolvendo serviços de hospitalização obstétrica e ginecológica e um serviço externo de consultas da mesma especialidade.

Note-se, contudo, que em Portugal, a assistência materno-infantil não era apenas desenvolvida pelas misericórdias e por algumas maternidades estatais e particulares. Existiam cuidados de saúde e de assistência prestados por órgãos autárquicos de âmbito distrital ou provincial, como era o caso das juntas provinciais, criadas no século XIX, em pleno Liberalismo, que o Estado Novo transformaria em juntas de província. A

---

<sup>1834</sup> Cf. PESSOA, Ana Maria Pires, *op. cit.*, p. 898.

<sup>1835</sup> IDEM, *ibidem*, p. 78.

<sup>1836</sup> IDEM, *ibidem*, p. 78.

título de exemplo, em 1932, o Decreto nº. 20828 conferia à *Junta do Distrito do Porto*, funções de assistência infantil, através da construção do *Instituto de Puericultura do Porto*, onde se viria a instalar um dispensário de higiene social, um posto de protecção à infância e o lactário da câmara municipal<sup>1837</sup>. Este é um claro exemplo de uma instituição de pequena dimensão e de âmbito local tão importante para a saúde materno-infantil como algumas que se desenvolveriam em outros pontos do país.

Em 1942 foram reorganizados os serviços da *Misericórdia de Lisboa*, que manteve a sua personalidade jurídica, a autonomia administrativa do património e dos rendimentos, apesar de obedecer a uma inspecção tutelar superior. Na cidade de Lisboa, esta instituição ficou responsável pela assistência à maternidade e à primeira infância, em complemento ou coordenação com outras instituições. O antigo *Instituto Médico Central* foi convertido em instituição complementar da assistência infantil, cooperando na assistência médica à segunda infância e na habilitação de enfermeiras puericultoras<sup>1838</sup>. Nos anos cinquenta, assistiu-se a uma expansão e a um aperfeiçoamento dos serviços de assistência materno-infantil veiculados pela *Misericórdia de Lisboa*, através do controle sanitário da gravidez, primeira infância e na idade pré-escolar, bem com na distribuição de alimentos e produtos de dietética infantil. Por tal, pretendia-se a sua integração nos serviços externos de Lisboa do *Instituto Maternal* e do *Instituto de Assistência à Família*, de modo a evitar a duplicação de serviços e dispêndios inúteis<sup>1839</sup>.

Os dados estatísticos demonstram-nos, de facto, uma tendência de aumento do número de maternidades e enfermarias de partos no território português durante os primeiros anos de implantação do Estado Novo. Este incremento foi mais proeminente a partir de 1937, sendo claramente expressivo a partir de 1943, como é observável no gráfico 145<sup>1840</sup>. Note-se que em 1931 existiam apenas 30 estabelecimentos espalhados por todo o país, ao passo que em 1945 já existiam 106, o que corresponde a um aumento destas instituições na ordem dos 353% num período de 15 anos.

---

<sup>1837</sup> Cf. DECRETO 20828. *Diário do Governo*, I Série. 23 (1932-01-28).

<sup>1838</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 32255. *Diário do Governo*, I Série. 214 (1942-09-12), p. 1173-1178.

<sup>1839</sup> Cf. MELO E CASTRO, José Guilherme de – A Acção Assistencial e a Reforma da Misericórdia de Lisboa. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 131/132, Janeiro/Junho 1958, p. 211.

<sup>1840</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1931 – 1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1932-1970].

Este crescimento pareceu consolidado até ao ano de 1957, a partir do qual os números impedem-nos de tirar maiores conclusões. Nota-se um grande decréscimo dos dados estatísticos a partir desse ano, pelo facto de se terem deixado de contabilizar, em conjunto, o número de maternidades e enfermarias de partos, passando a partir dessa data a serem contabilizadas apenas as maternidades.

Contudo, a análise da distribuição das maternidades e enfermarias de partos pelos vários distritos leva-nos a concluir que a grande maioria concentrava-se essencialmente nos grandes centros urbanos, Lisboa e Porto, embora notando-se uma distribuição destas instituições por todo o país. Até 1943, o Porto era a cidade portuguesa que liderava com maior número de maternidades. Lisboa equiparou-se ao Porto em 1945. Contudo, distritos como Bragança ou Viseu eram praticamente desprovidos deste equipamento, nomeadamente entre 1931 e 1939. Na verdade, só durante o ano de 1945 observamos um incremento assinalável do número de maternidades em todos os distritos do país<sup>1841</sup>. A partir desta data, todos os distritos passavam a possuir maternidades e enfermarias de partos, cujo crescimento mantido se observou, em grande parte dos distritos, a partir daí.

Como há pouco referimos, a partir de 1957, a contagem estatística deixou de abarcar o número de enfermarias de partos e de maternidades em conjunto. Pelo que, a partir de 1957, podemos comprovar o residual número de maternidades em relação às enfermarias de partos, em muito maior quantidade e espalhadas por todos os distritos, ao contrário das maternidades, regalia de menos de metade dos distritos portugueses. Em 1957, o número de maternidades não chegava a 12% do total de estabelecimentos vocacionados para a assistência às parturientes<sup>1842</sup>

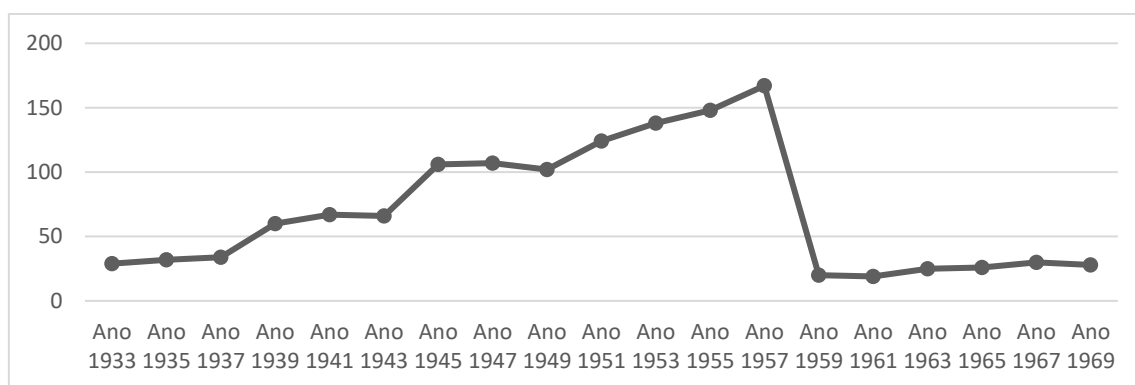
---

<sup>1841</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1931-1957]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1932-1958].

<sup>1842</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1957-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1957-1965].

	1931	1933	1935	1937	1939	1941	1943	1945	1947	1949	1951	1953	1955	1957
Aveiro	2	1	2	2	5	5	5	8	8	8	8	9	12	12
Beja	0	0	0	0	1	1	2	4	4	4	7	7	8	8
Braga	2	1	1	1	3	3	3	6	8	7	6	8	8	8
Bragança	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	4	3	5
C. Branco	1	0	0	0	2	2	2	2	2	2	5	6	7	9
Coimbra	3	1	1	2	5	5	4	6	6	6	6	6	8	10
Évora	0	2	2	2	4	4	4	7	7	7	9	10	9	11
Faro	0	3	3	3	4	4	4	6	6	4	6	6	6	6
Guarda	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	4	7
Leiria	1	0	0	0	2	3	3	5	5	5	6	8	8	9
Lisboa	10	5	5	6	6	10	9	14	14	14	16	19	19	18
Portalegre	2	2	2	2	3	4	4	5	6	4	5	5	6	6
Porto	5	8	9	9	13	13	12	14	13	13	13	12	12	14
Santarém	0	2	2	2	3	2	2	8	7	7	9	10	11	13
Setúbal	0	1	2	2	3	4	4	6	6	6	9	10	11	12
V. Castelo	1	0	1	1	2	2	3	5	5	5	6	5	5	5
Vila Real	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Viseu	0	0	0	0	1	2	2	3	5	5	7	8	9	11
<b>Total:</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>66</b>	<b>106</b>	<b>107</b>	<b>102</b>	<b>124</b>	<b>138</b>	<b>148</b>	<b>167</b>

**Tab. 46:** Evolução do total de maternidades e enfermarias de partos, por distritos (1931-1957).



**Gráf. 145:** Evolução do total de maternidades e enfermarias de partos em Portugal (1931-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1932-1970)]<sup>1843</sup>.

<sup>1843</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

	1957	1959	1961	1963	1965
Aveiro	1	1	1	2	2
Beja	0	0	0	0	0
Braga	0	0	0	0	0
Bragança	0	0	0	0	0
Castelo Branco	0	0	0	0	0
Coimbra	2	3	3	3	3
Évora	0	0	0	0	0
Faro	0	0	0	2	3
Guarda	0	0	0	0	0
Leiria	0	0	0	1	1
Lisboa	9	7	7	8	8
Portalegre	1	1	1	1	1
Porto	3	3	3	3	3
Santarém	1	2	2	2	2
Setúbal	3	3	2	2	3
V. do Castelo	0	0	0	0	0
Vila Real	0	0	0	0	0
Viseu	0	0	0	1	0
<b>Total:</b>	20	20	19	25	26

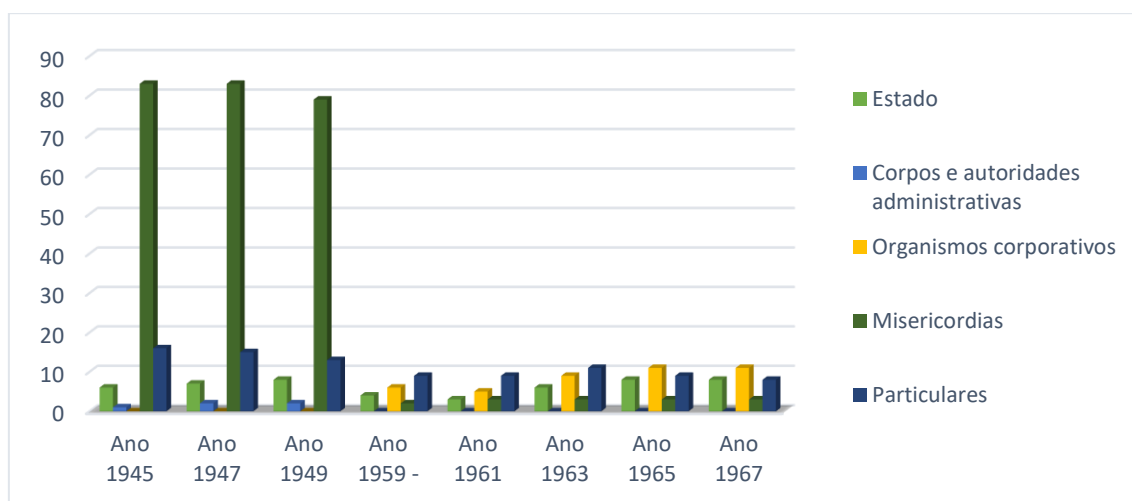
**Tab. 47:** Evolução do total de maternidades por distritos (1957-1965).

No que era respeitante à dependência patrimonial destes estabelecimentos, possuímos dados entre os anos de 1945 e 1967, com uma lacuna de uma década entre 1949 e 1959<sup>1844</sup>. Entre 1945 e 1949, a contagem estatística abarcou, em conjunto, maternidades e enfermarias de partos, o que não se observou nos anos seguintes. Estes dados corroboram que, quando efectuada em ambiente hospitalar, grande parte da assistência no parto às mulheres grávidas executava-se em enfermarias de partos pertencentes a hospitais das misericórdias, possuindo o Estado um papel residual nesta área, pelo menos até 1949. Observando os dados de 1959, com o hiato de uma década e apenas concernentes ao número de maternidades, regista-se que o maior número destas

<sup>1844</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1945-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1946-1968].

instituições eram particulares, logo seguidas por instituições pertencentes aos organismos corporativos. Na verdade, é inegável que, durante a década de sessenta, cresceu o número destas instituições dependentes quer do Estado, quer de organismos corporativos, embora os dados esclareçam que as enfermarias de partos eram a estrutura, por excelência, à qual recorria o maior número de mulheres, em todo o país.

No *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, o governo reconhecia que “algumas” das actividades de protecção materno-infantil estavam a cargo de entidades particulares, embora recebessem a orientação e auxílio do Estado, nomeadamente as maternidades e as enfermarias de partos situadas fora das zonas hospitalares. Ao Estado, apenas pertenciam as maternidades centrais e os dispensários materno-infantis<sup>1845</sup>. No *III Plano de Fomento*, o regime considerava aproveitar, “para maternidades”, as camas desaproveitadas dos hospitais sub-regionais, criando pequenas “maternidades rurais”<sup>1846</sup>.



**Gráf. 146:** Dependência patrimonial das maternidades e enfermarias de partos (1945-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1946-1968)]<sup>1847</sup>.

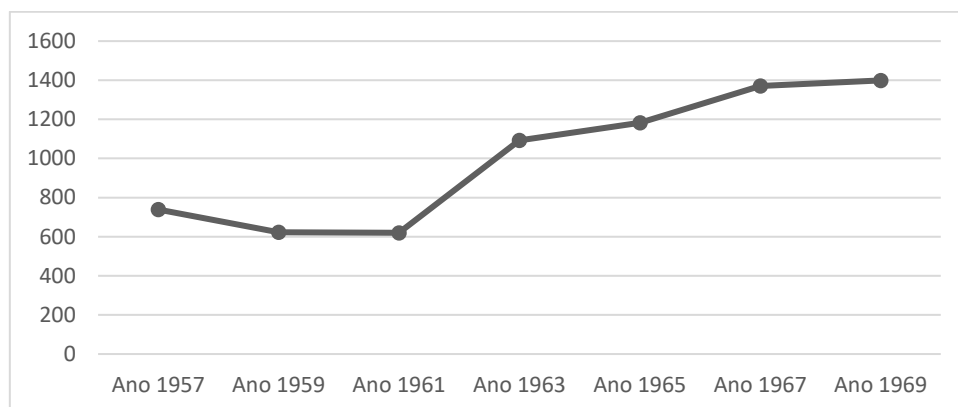
Da mesma forma, conseguimos reunir dados relativos à evolução do número de camas nas maternidades, entre 1957 e 1969. Tais dados demonstram um crescimento sustentado do número de camas nestes estabelecimentos, especialmente a partir de

<sup>1845</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1078.

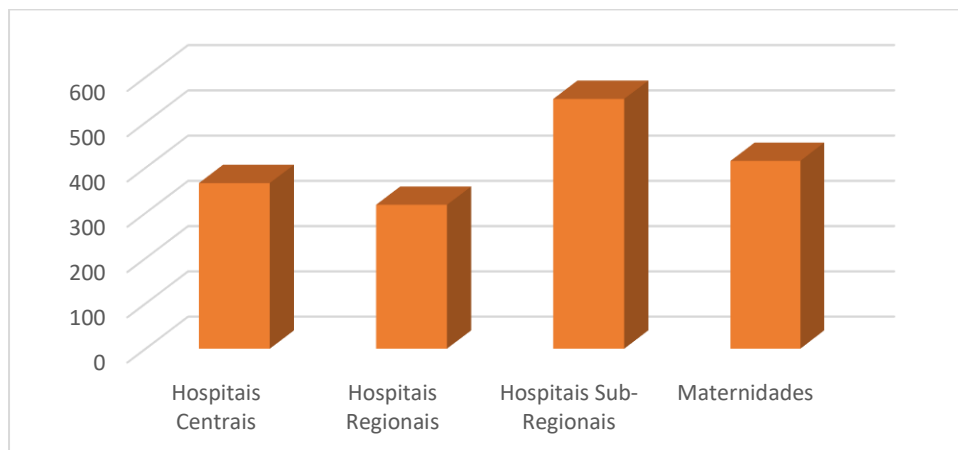
<sup>1846</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8854.

<sup>1847</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

1961<sup>1848</sup>. No *III Plano de Fomento*, podemos encontrar o número de camas e a sua distribuição para o ano de 1965, onde observamos que continuavam a ser os hospitais sub-regionais aqueles que possuíam mais camas para nascimentos. Contudo, segundo o mesmo diploma, para se conseguir uma cobertura de parto hospitalar na ordem dos 40 a 60% seria necessário o acréscimo de mais 2000 camas nas maternidades<sup>1849</sup>.



**Gráf. 147:** Evolução do total de camas nas maternidades (1957-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1958-1970)]<sup>1850</sup>.



**Gráf. 148:** Distribuição do total de camas para nascimentos segundo o tipo de estabelecimento (1965) [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*]<sup>1851</sup>.

<sup>1848</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1957-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1958-1969].

<sup>1849</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8886.

<sup>1850</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1851</sup> Idem.



Observe-se, ainda, que em 1967, pelo Decreto-Lei nº. 47677, com vista a integrar a totalidade dos serviços de partos no esquema da organização hospitalar do país, as maternidades dependentes do *Instituto Maternal*, nomeadamente a *Maternidade Dr. Alfredo da Costa* e a *Maternidade Júlio Dinis* foram desintegradas do mesmo Instituto, passando a depender directamente da *Direcção-Geral dos Hospitais*. Nesse sentido, ficariam em igualdade de circunstâncias com os restantes serviços hospitalares do *Ministério da Saúde e Assistência*<sup>1852</sup>.

### 2.1.3.2. Lactários e Dispensários

Foi durante a I República que se observou a criação de várias destas instituições. A *Associação Protectora da Primeira Infância*<sup>1853</sup>, criada em 1901, abriu o primeiro de vários lactários em 1903. Durante os anos vinte, seriam criados, em Lisboa, 5 lactários municipais. Se era este o panorama em Lisboa, nas zonas rurais não existia qualquer instituição deste tipo, sendo ainda utilizadas as chamadas “amas-de-leite”<sup>1854</sup>. Os lactários criados pela *Associação Protectora da Primeira Infância* possuíam um serviço de laticologia, responsável pela produção de leite higiénico com supervisão de médicos veterinários, um serviço de lactário, onde se distribuía diária e gratuitamente o leite para bebés cujas mães não podiam amamentar, um serviço médico pediátrico semanal, e um serviço social<sup>1855</sup>.

A evolução do número de lactários entre 1933 e 1937 foi ascendente (*vide* gráfico 149)<sup>1856</sup>. Contudo, em 1937, os anuários estatísticos abandonam a designação “lactário” para dar origem a um novo paradigma de instituições “prestadoras de serviços de puericultura”, designação que parece aumentar o âmbito assistencial destas

---

<sup>1852</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 47677. *Diário do Governo, I Série*. 107 (1967-05-05), p. 876.

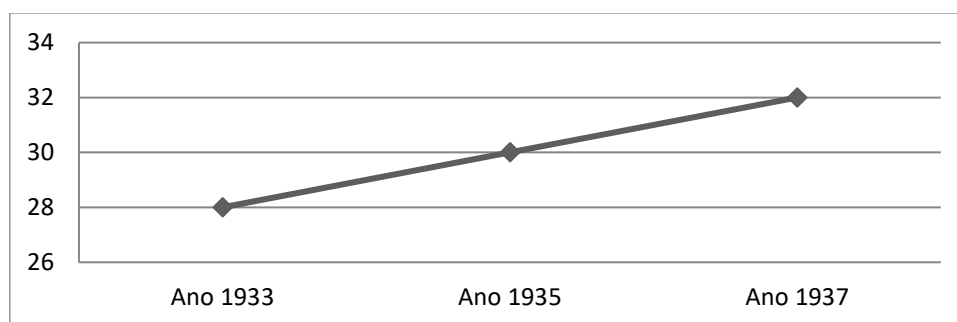
<sup>1853</sup> **Associação Protectora da Primeira Infância:** fundada em 1901 pelo Coronel Rodrigo António Aboim Ascensão. Após a morte do seu filho, com oito meses de vida, decidiu criar uma instituição vocacionada para o combate da mortalidade infantil na primeira infância, através de apoio alimentar e acompanhamento médico. Era uma instituição particular, tendo, como fonte de receita, as quotas dos seus associados. Vide OLIVEIRA, Inês Cavadas de – *Associação Protectora da Primeira Infância: Uma História Centenária*. Lisboa: Fundação Aboim Sande Lemos, 2015.

<sup>1854</sup> Cf. PESSOA, Ana Maria, *op. cit.*, p. 899.

<sup>1855</sup> Cf. OLIVEIRA, Inês Cavadas de, *op. cit.*, p. 32.

<sup>1856</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1937]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1938].

instituições que, de facto, não se limitavam a dispensar leite, mas também a prestar outros cuidados de saúde e de assistência, como era o caso da vacinação. Entre 1933 e 1937, a maior parte dos lactários estavam situados nas grandes cidades, Lisboa e Porto, sendo mais prevalentes na capital, que contava com 10 instituições deste tipo. Contudo, vários distritos do país não possuíam qualquer lactário, como era o caso de Beja, Évora, Faro, Santarém e Viseu (*vide* gráfico 151).



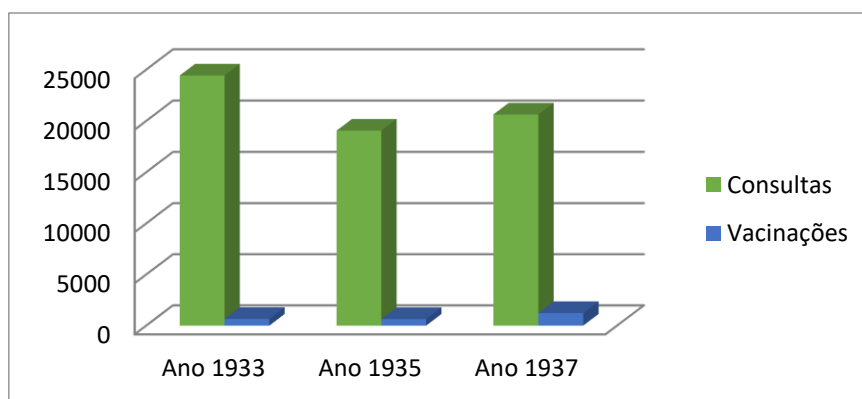
**Gráf. 149:** Evolução do total de lactários entre 1933 e 1937 [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1938)]<sup>1857</sup>.

Nestas instituições eram prestadas consultas às crianças, sendo também administradas algumas vacinas. Entre 1933 e 1937 foram prestadas, em média, cerca de 20000 consultas por ano e administradas cerca de 2538 vacinas (*vide* gráfico 150)<sup>1858</sup>. Entre 1937 e 1955, a tendência de aumento do número de instituições prestadoras de cuidados de puericultura manteve-se ascendente, sendo mais expressiva a partir de 1943, observando-se um ligeiro decréscimo a partir da década de sessenta. Ao longo dos anos, estas instituições foram alterando a sua designação, como podemos observar através da nomenclatura dos dados estatísticos. Os serviços de puericultura, após 1951, tomariam a designação de “serviços materno-infantis”. A partir de 1963, passariam a designar-se “dispensários e postos materno-infantis”<sup>1859</sup>. Na verdade, todas estas designações diziam respeito ao mesmo tipo de instituições.

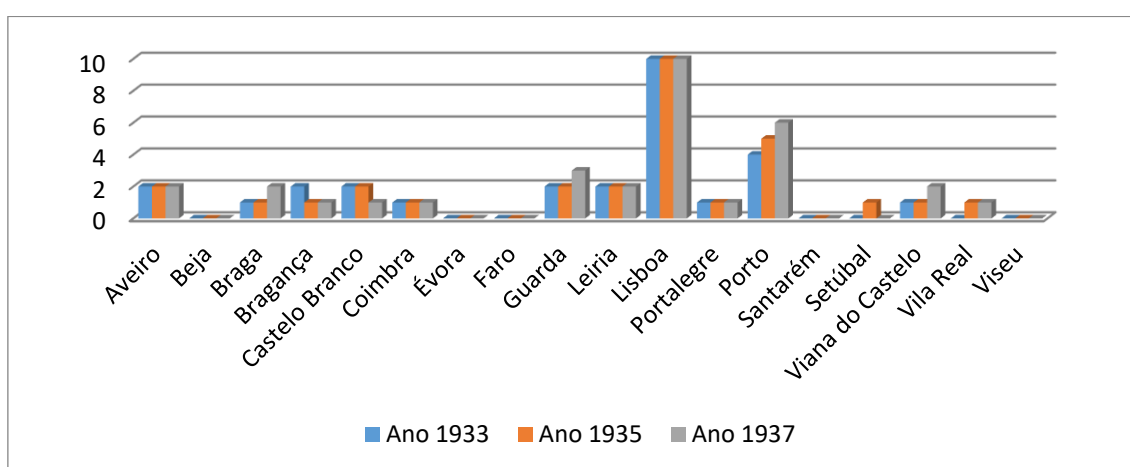
<sup>1857</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1858</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

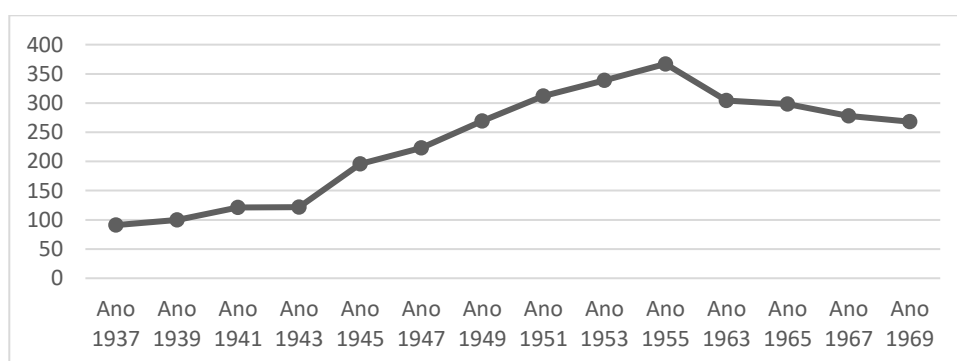
<sup>1859</sup> IDEM - *Ibidem*.



**Gráf. 150:** Evolução do total de consultas e vacinações nos lactários (1933-1937) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1938)]<sup>1860</sup>.



**Gráf. 151:** Evolução do total de lactários por distrito, entre 1933 e 1937 [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1938)]<sup>1861</sup>.



**Gráf. 152:** Evolução do total de dispensários materno-infantis (Serviços de Puericultura/Serviços Materno-Infantis) (1937-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1938-1970)]<sup>1862</sup>.

<sup>1860</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1861</sup> Idem.

<sup>1862</sup> Idem.

Em termos de distribuição geográfica, estas instituições continuavam em maior número nas grandes cidades, nomeadamente em Lisboa e no Porto. No entanto, melhoraria a distribuição destas instituições pelos vários distritos do país, sobretudo a partir da década de 1950, não se observando a inexistência de serviços em qualquer distrito<sup>1863</sup>. Quanto à dependência patrimonial dos dispensários e postos materno-infantis foi apenas possível encontrar dados relativos à década de sessenta. Nesta fase final do regime, a maior parte destas instituições estava sob a alçada estatal, seguida de perto pelos particulares<sup>1864</sup>. Estas organizações prestavam cuidados de assistência e saúde como a prestação de consultas, o tratamento com agentes físicos, tratamentos diversos, vacinações, banhos de limpeza e a despesa de medicamentos. A partir da década de cinquenta, temos notícias estatísticas da prestação de visitas domiciliárias de médicos, enfermeiras e assistentes, a execução de partos domiciliares, a realização de intervenções de pequena cirurgia e a execução de exames radiológicos, num claro alargamento do seu âmbito de acção<sup>1865</sup>.

Um dos exemplos do funcionamento e da importância dos dispensários maternos era, mais uma vez, o do *Dispensário de Santa Isabel*, conhecido através de um artigo da autoria de um estagiário naquela instituição, Elísio de Montargil. Nesse artigo, publicado no *Boletim da Assistência Social*, em 1943, conhecemos a enorme necessidade sentida na montagem destas instituições para as grávidas, cuja localização deveria constar de um núcleo assistencial, de forma a tornar mais económica a sua implementação<sup>1866</sup>.

---

<sup>1863</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

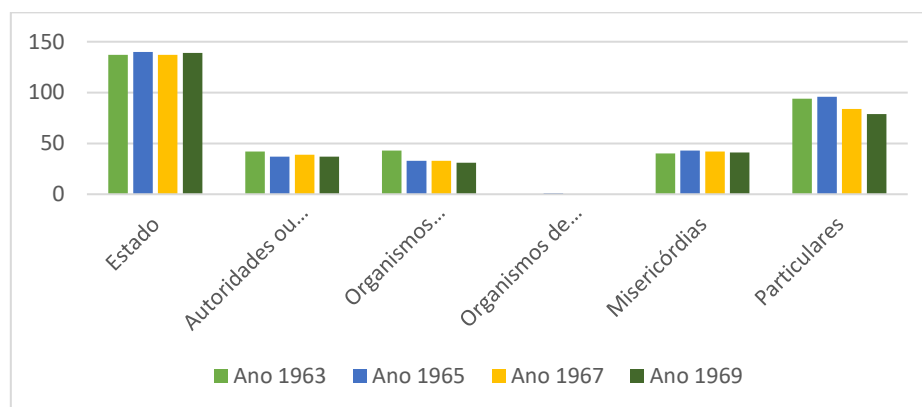
<sup>1864</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1963-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1964-1970].

<sup>1865</sup> IDEM – *Ibidem*.

<sup>1866</sup> Cf. MONTARGIL, Elísio, *op. cit.*, p. 295.

	1937	1939	1941	1943	1945	1947	1949	1951	1953	1955	1963	1965	1967	1969
Aveiro	5	8	11	10	14	17	16	20	25	28	13	13	12	14
Beja	4	3	4	4	4	9	7	7	6	8	6	6	6	6
Braga	7	6	7	6	6	6	6	9	9	9	7	8	4	4
Bragança	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2
C. Branco	3	2	2	3	8	9	11	18	21	27	39	36	35	33
Coimbra	1	3	2	2	4	8	17	20	21	24	14	13	12	10
Évora	1	1	2	2	4	4	5	6	7	7	6	6	7	6
Faro	1	0	1	3	7	9	11	14	17	19	22	22	19	18
Guarda	4	4	3	4	13	12	16	19	20	22	21	20	19	19
Leiria	3	6	5	5	3	7	9	14	17	21	20	19	19	19
Lisboa	29	25	39	38	50	54	75	79	87	91	74	78	70	67
Portalegre	1	2	4	5	5	8	6	6	6	6	5	4	4	4
Porto	21	25	24	21	41	41	44	43	44	45	29	26	25	26
Santarém	2	4	5	4	12	12	18	21	20	22	17	16	17	16
Setúbal	3	3	5	7	14	16	16	18	21	20	20	21	21	17
V. Castelo	1	2	2	2	3	5	5	7	7	6	3	2	2	2
Vila Real	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	1	2
Viseu	1	2	1	1	2	1	1	4	4	5	3	3	3	3

**Tab. 48:** Distribuição geográfica dos Serviços de Puericultura/Serviços Materno-Infantis/ Dispensários e Postos Materno-Infantis (1937-1969).



**Gráf. 153:** Dependência patrimonial dos dispensários e postos materno-infantis (1963-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1964-1970)]<sup>1867</sup>.

Segundo o autor, as actividades mais importantes num dispensário eram a propaganda (de forma a que um grande número de gestantes procurasse os seus

<sup>1867</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

serviços), as consultas (de gravidez, puerpério, ginecologia, esterilidade, pré-nupcial), as visitas e conselhos domiciliários (executados pela visitadora na residência da grávida, inferindo a possibilidade de parto domiciliário), a farmácia, a alimentação e dieta (a alimentação das grávidas influenciava o peso dos recém-nascidos) e a assistência ao parto natural (no caso de parto domiciliário, aos primeiros sintomas a parteira-enfermeira era avisada e deslocava-se à residência com todo o material).

Nesse sentido, o autor do artigo considerava os dispensários maternos da maior importância, demonstradas que estavam as vantagens de um acompanhamento médico desde o início da concepção, tanto para a mãe como para o filho. Tal provocaria uma diminuição da morbidade e da mortalidade feto-materna e o “melhoramento do nível físico da raça”<sup>1868</sup>, a diminuição do número de partos prematuros e um decréscimo do número de abortos.

Em finais da década de cinquenta, três dos dez dispensários pertencentes à *Misericórdia de Lisboa* foram suprimidos, convertidos em centros de saúde polivalentes, com predominância dos serviços de medicina preventiva, especialmente ao nível da higiene da maternidade e primeira infância. Estes dispensários forneciam, ainda, medicamentos aos doentes pobres<sup>1869</sup>.

Também no Parecer 42/VII, relativo ao *Estatuto da Saúde e Assistência*, de 1961, a *Câmara Corporativa* considerava essencial o papel do dispensário no decréscimo da mortalidade infantil, embora o seu número não fosse suficiente e nem sempre dessem o rendimento pretendido<sup>1870</sup>. Lobo da Costa afirmava que, em Portugal, a grávida dispunha de consultas pré-natais, mais ou menos gratuitas em serviços especializados, nomeadamente nos dispensários existentes em Lisboa e Porto e “de forma substancialmente imperfeita nas capitais de distrito”<sup>1871</sup>. Nos meios rurais não existia nada ou quase nada. O autor revelava alguma preocupação com a forma de tratamento da grávida, não tendo a certeza se esta seria bem acolhida como no sector privado. Segundo ele, a assistência médica pré-natal só poderia ser eficiente se fosse carinhosa, se a grávida tivesse a certeza de ser bem recebida, com a consideração inerente à sua situação, como acontecia nos mais variados países europeus.

---

<sup>1868</sup> Cf. MONTARGIL, Elísio, *op. cit.*, p. 297.

<sup>1869</sup> Cf. MELO E CASTRO, José Guilherme, *op. cit.*, p. 67.

<sup>1870</sup> Cf. PARECER 42/VII: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 1356.

<sup>1871</sup> Cf. LOBO DA COSTA, A, *op. cit.*, p.87.

No *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, os dispensários materno-infantis eram considerados a base de toda a acção a empreender no campo de protecção à mãe e à criança, por serem essenciais na luta contra a mortalidade infantil. A elevada taxa de mortalidade infantil registada em Portugal era, segundo este diploma, devida à falta de vigilância da gravidez, de cuidados no parto e à falta de preparação das mães para assistir aos filhos. Nesse sentido, competia ao dispensário modificar este estado da situação, através da execução da triagem das grávidas no sentido de analisarem se necessitavam, ou não, de internamento hospitalar<sup>1872</sup>. No *III Plano de Fomento* observa-se um balanço da actividade realizada entre 1965 e 1967, quando se regista a criação de diversos dispensários materno-infantis e a remodelação de outros, embora o documento considere que o seu número não era ainda suficiente para as necessidades<sup>1873</sup>.

#### **2.1.4. A Taxa de Mortalidade Infantil**

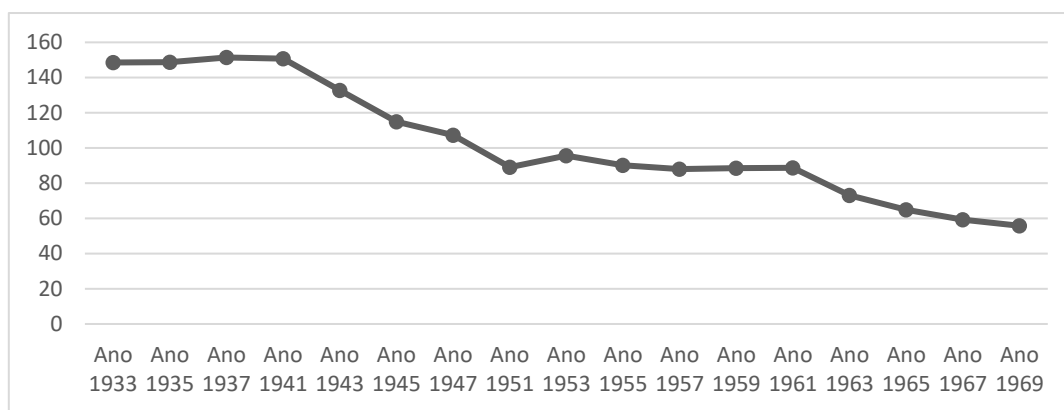
Nada melhor do que os indicadores de saúde para podermos avaliar o sucesso ou o fracasso de determinadas orientações políticas nesta área. A mortalidade infantil é considerada como um dos indicadores mais úteis para avaliar o estado de saúde de uma comunidade. As melhorias a nível da alimentação e da nutrição, das condições habitacionais, das condições de trabalho e de vida da população em geral, assim como o nível educativo das mães em particular, destacaram-se como os principais factores implicados na redução das taxas de mortalidade infantil registadas nos países europeus durante os seus processos de transição demográfica e sanitária<sup>1874</sup>.

---

<sup>1872</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1098.

<sup>1873</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8876.

<sup>1874</sup> Cf. BIRD, S.T.; BAUMAN, K.E., *op. cit.*, pp. 13-27.



**Gráf. 154:** Evolução da taxa de mortalidade infantil em Portugal (1933-1969), em per milagem [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>1875</sup>.

Analisando o traço evolutivo da taxa de mortalidade infantil<sup>1876</sup>, “o índice mais seguro de prosperidade de uma nação”<sup>1877</sup>, ao longo do período político encabeçado por Salazar, necessitamos de tirar uma primeira conclusão básica: o Estado Novo, em 36 anos, fez baixar a taxa de mortalidade infantil em 93 pontos per milagem. Em 1969, a taxa de mortalidade infantil era menos de metade da registada em 1933. Podemos observar uma quebra acentuada deste indicador no início dos anos quarenta, que se prolongou até 1950. Na década de 1950 existiu uma manutenção dos valores, registando-se nova quebra a partir de 1960 até ao final do regime<sup>1878</sup>.

No início dos anos quarenta, este indicador de saúde parece espelhar o crescimento do número de instituições de apoio à maternidade – maternidades, enfermarias de partos, dispensários, lactários – bem como a crescente colaboração das misericórdias na prestação destes serviços. Durante a década de quarenta, observamos um decréscimo sustentado deste indicador, apesar do contexto pouco favorável da II Guerra Mundial, caracterizado pela crise, desemprego, pobreza e miséria social. Contudo, como verificámos, o regime reagiu à contestação social procedendo a medidas

<sup>1875</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1876</sup> **Taxa de Mortalidade Infantil:** segundo o *Instituto Nacional de Estatística*, corresponde ao número de óbitos de crianças com menos de um ano de vida, observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período. Esta taxa é habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade por mil nados vivos. Esta taxa pode decompor-se em taxa de mortalidade neonatal (óbitos ocorridos com menos de 28 dias de vida por mil nados vivos) e taxa de mortalidade pós-neonatal (óbitos ocorridos entre o 28º dia e o 364º dia de vida). *Apud* BARRETO, Xavier [et al.], *op. cit.*, p. 29.

<sup>1877</sup> Cf. BRAGA, Moreira, *op. cit.*, p. 33-34.

<sup>1878</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933 – 1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].



populistas de reorganização política, orgânica e de financiamento dos serviços de assistência e saúde e a um desenvolvimento concomitante da previdência, que demonstraram uma evolução positiva. A política de saúde mais não era do que um capítulo da política geral, reflectindo como um espelho, os êxitos e os revezes desta.

Para além destes factos, não podemos esquecer uma enorme evolução tecnológica no âmbito da medicina, que contribuiu para a criação de uma maior capacidade de diagnóstico e de suporte de vida. Seria o caso da introdução das incubadoras, em 1940, dos alimentos de alimentação artificial, de novos medicamentos, da utilização do “fórceps” e de novos métodos como a anestesia e a cesariana<sup>1879</sup>. A partir da década de sessenta, a quebra da taxa de mortalidade infantil e da taxa bruta de natalidade espelharia a evolução estrutural, política e orgânica dos serviços de saúde e de assistência, desta feita reunidos num ministério único, e a rápida evolução dos serviços de previdência, como já verificámos, bem como o acesso da população a novas formas de planeamento familiar.

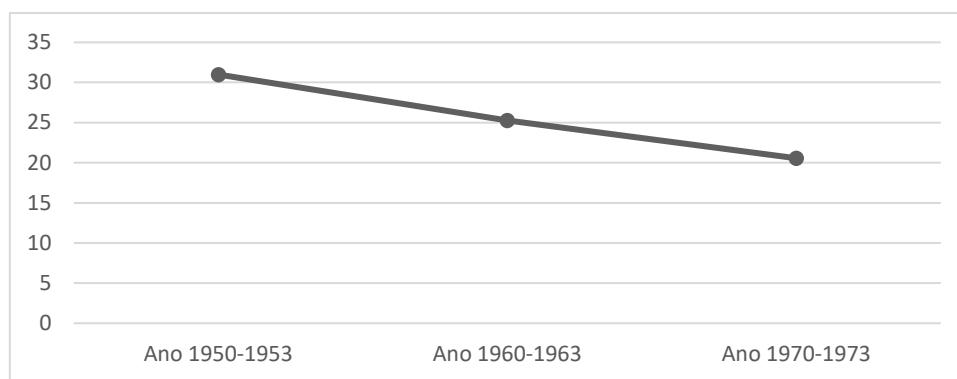
Dissecando a taxa de mortalidade infantil, é possível decompô-la em taxa de mortalidade neonatal e em taxa de mortalidade pós-neonatal, como já verificámos. No que é respeitante a estes dois indicadores, foi possível recolher dados respeitantes aos períodos entre 1950-1953, 1960-1963 e 1970-1973, traduzidos nos gráficos 155 e 156<sup>1880</sup>. No que é relativo à mortalidade neonatal, esta demonstra uma tendência decrescente, com ritmo mais acentuado entre 1950-1953 e 1960-1963. Esta mortalidade é referente essencialmente às causas de morte endógenas (devidas a doenças do foro hereditário e genético, e problemas com o parto). Por seu turno, a taxa de mortalidade pós-neonatal obteve uma quebra acentuada entre 1960-1963 e 1970-1973, devendo-se sobretudo a causas exógenas, tendo influenciado cabalmente o recuo da taxa de mortalidade infantil<sup>1881</sup>.

---

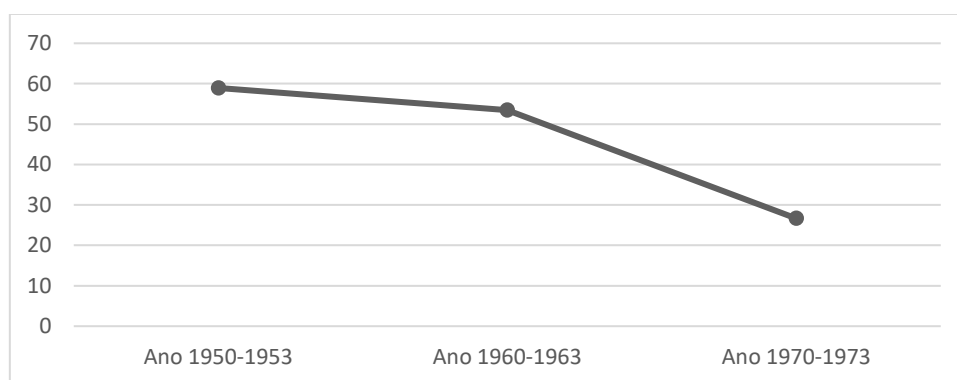
<sup>1879</sup> Cf. BARRETO, Xavier [et al.], *op. cit.*, p. 25.

<sup>1880</sup> Cf. CARRILHO, Maria José – *A Mortalidade Infantil em Portugal: 1950-1975*. Lisboa: INE, 1977, p. 25-30.

<sup>1881</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 27.



**Gráf. 155:** Evolução da Taxa de Mortalidade Neonatal (1950-1973) [Fonte: CARRILHO, Maria José – *A Mortalidade Infantil em Portugal: 1950-1975*].



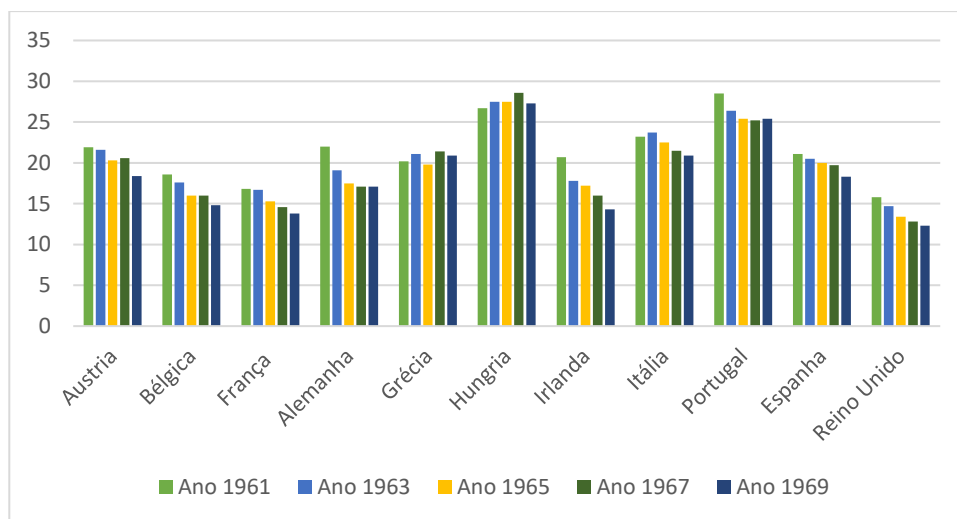
**Gráf. 156:** Evolução da Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (1950-1973) [Fonte: CARRILHO, Maria José – *A Mortalidade Infantil em Portugal: 1950-1975*].

Os dados sugerem que a taxa de mortalidade infantil terá baixado essencialmente devido ao combate às doenças exógenas. A mortalidade neonatal resulta de factores genéticos e de doenças do parto e do nascimento, dependendo das condições de nascimento das crianças. À medida que as condições de vida da mãe e as circunstâncias do parto melhoram, baixam os níveis desta mortalidade, com intrínseca ligação a um aumento do número de partos hospitalares.

Servindo-nos dos números referentes à taxa de mortalidade neonatal nos países da O.C.D.E., durante os anos sessenta<sup>1882</sup>, confirmamos que Portugal era um dos países europeus com maiores índices a este nível, apenas suplantado pela Hungria. Contudo, durante a década de sessenta, observou-se uma clara redução deste indicador. No entanto, em 1969, Portugal era ainda um dos países europeus com mais alta taxa de

<sup>1882</sup> Cf. O.E.C.D. – *OECD.Stat. Health Status: Maternal and Infant Mortality*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://stats.oecd.org/>

mortalidade neonatal, apenas ultrapassado pela Hungria, e bastante distante dos números apresentados pela Espanha, Reino Unido, França ou Alemanha.



**Gráf. 157:** Evolução da taxa de mortalidade neonatal em alguns países da O.C.D.E. (1961-1969) [Fonte: *OECD.Stat. Health Status: Maternal and Infant Mortality*]<sup>1883</sup>.

José dos Santos Bessa, no *IV Congresso das Misericórdias*, apontava causas de natureza técnica resultantes de insuficiência assistencial como uma das principais causas de mortalidade infantil, dependendo de instituições em número reduzido e com funcionamento pouco satisfatório<sup>1884</sup>. O médico Lobo da Costa considerava que a mortalidade neonatal era menos desfavorável para Portugal do que a taxa de mortalidade infantil. Mais relacionada com o perigo congénito, o autor considerava que a população lusa era “uma raça sem taras, livre de sobrecarga hereditária desfavorável”<sup>1885</sup>. Contudo, as taxas de nado-mortalidade em Portugal, segundo o autor, exprimiam a falta de assistência médica pré-natal num considerável número de partos realizados no domicílio, em condições de higiene e de conforto pouco aceites<sup>1886</sup>. O mesmo autor considerava que qualquer programa de luta contra a mortalidade infantil só fazia sentido após o estabelecimento de um nível de salubridade aceitável. Sem água potável, sem esgotos, sem habitações de qualidade, sem educação sanitária, os resultados seriam sempre muito modestos.

<sup>1883</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1884</sup> Cf. BESSA, José dos Santos, *op. cit.*, p. 122.

<sup>1885</sup> Cf. LOBO DA COSTA, A. – Saúde, Assistência e Previdência Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º.143/144, Janeiro/Junho, 1961, p.49.

<sup>1886</sup> IDEM - Ibidem, p. 66.

De facto, a criação do *Instituto Maternal* foi uma resposta tardia ao problema da mortalidade infantil. Nos anos cinquenta, as campanhas de educação materna começavam a deixar de fazer sentido dissociadas das condições económicas e sociais. As maternidades construídas eram ainda as iniciais, erigidas nos anos trinta e quarenta. A acção do *Instituto Maternal* estava circunscrita a Lisboa, Porto e Coimbra com níveis baixíssimos de capacidade assistencial nas zonas rurais. De facto, observava-se uma inadequação da assistência materno-infantil aos novos tempos e às exigências sociais<sup>1887</sup>.

Por seu turno, a mortalidade pós-neonatal resultava principalmente de causas infecciosas, que viriam a diminuir como resultado da progressiva extensão da vacinação. Neste âmbito, a evolução do número de dispensários materno-infantis, onde se desenvolveram campanhas de vacinação e de educação para a saúde infantil, terá sido preponderante, aumentando os cuidados proporcionados aos lactentes. Contudo, em 1958, José dos Santos Bessa afirmava que a imunização contra doenças infecto-contagiosas era realizada correctamente e em idade própria numa diminuta percentagem de crianças, com intervalos convenientes e os reforços aconselhados<sup>1888</sup>. Nesse sentido, a quebra da taxa de mortalidade infantil deveu-se, sobretudo, à forte diminuição da mortalidade exógena<sup>1889</sup>.

João Vaz Vieira, chefe da repartição de Demografia do I.N.E., num longo artigo, publicado pelo *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*, sobre mortalidade infantil, chegava a várias conclusões que pensamos importante abordar. Segundo o autor, a mortalidade infantil em Portugal era superior à da quase totalidade dos países europeus e à de muitos outros dos restantes continentes, sendo este um dos poucos estudos, senão o único estudo publicado que nos remete para esta conclusão. João Vaz Vieira sustentava que só a partir de 1938, a evolução deste indicador se começava a mostrar favorável, contudo “não satisfatória”<sup>1890</sup>.

Segundo o demógrafo, as causas de morte que influíam neste indicador, nomeadamente as doenças do aparelho respiratório e digestivo, eram dependentes,

---

<sup>1887</sup> Cf. CARNEIRO, Marinha, *op. cit.*, p. 489.

<sup>1888</sup> Cf. BESSA, José dos Santos, *op. cit.*, p. 123.

<sup>1889</sup> Cf. CARRILHO, Maria José, *op. cit.*, p. 91-93.

<sup>1890</sup> Cf. VIEIRA, João Vaz – Um problema nacional: a mortalidade infantil. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim dos serviços de saúde pública*. Vol. IV, nº. II. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Abril-Junho 1957, p. 189-244.

quase exclusivamente, das actividades sanitárias e das condições sociais, podendo apenas ser reduzidas por uma acção eficiente nesse campo. O autor ligava, pois, a elevada taxa de mortalidade infantil a uma acção deficiente das actividades sanitárias e das condições sociais da população portuguesa. João Vaz Vieira ia mais longe e considerava que, no campo da estatística, “seria de desejar um alargamento da inquirição aos factores económico-sociais da mortalidade infantil, ao estado sanitário da mãe e uma atenção especial à mortalidade peri-natal”<sup>1891</sup>. O autor rematava, chamando a atenção para a importância deste indicador, importante para a felicidade das famílias, mas sobretudo para “o futuro de Portugal e da Raça!”<sup>1892</sup>.

Contudo, é impossível fazer uma análise ao nível da taxa de mortalidade infantil portuguesa, sem estabelecer um termo comparativo com alguns países europeus. Nesse sentido, recorreremos a dados estatísticos de alguns países – Alemanha (R.D.A., R.F.A.), Reino Unido, Espanha, França, Bulgária, Jugoslávia, Grécia, Itália, Polónia, Roménia, Albânia, Noruega, Polónia, Suíça e Holanda<sup>1893</sup> – de modo a tentarmos refletir sobre eles. Durante os primeiros anos do regime, anteriores à II Guerra Mundial, Portugal era um dos países europeus com maior taxa de mortalidade infantil, apenas suplantado por alguns países de Leste, como a Roménia e a Bulgária. No que era relativo ao sul da Europa ocidental, Portugal possuía a maior taxa de mortalidade infantil, praticamente o dobro da que era registada em França em 1941, superior à registada em Espanha no período pós guerra civil.

No que é relativo ao período pós II Guerra Mundial, apresentamos duas tabelas que poderão facilitar a leitura dos dados (*vide* tabelas 50-51). Portugal continuava a ser um dos países europeus com maior taxa de mortalidade infantil. Até meados da década de cinquenta, a sua taxa de mortalidade infantil seria apenas ultrapassada pela registada em países de Leste como a Albânia, a Roménia, a Bulgária e a Jugoslávia. Contudo, outros países comunistas, como a U.R.S.S. de Estaline, a Polónia ou a R.D.A. registavam taxas bastante inferiores à portuguesa.

A partir do final da década de cinquenta, a maior parte dos países do Leste europeu reduziriam significativamente a sua taxa de mortalidade infantil. Portugal passava apenas a ser ultrapassado, a este nível, pela Jugoslávia. A incapacidade de o

---

<sup>1891</sup> Cf. VIEIRA, João Vaz, *op. cit.*, p. 244.

<sup>1892</sup> IDEM, *ibidem*, p. 244.

<sup>1893</sup> Cf. MITCHELL, B.R, *op. cit.*, p. 39-44.

nosso país baixar este índice sanitário seria mais gritante no início da década de sessenta. Nesta época, Portugal era talvez o país europeu com maior taxa de mortalidade infantil, ultrapassando todos os países comunistas do bloco de Leste, a U.R.S.S. e a R.D.A., e igualando a ditadura de Tito na Jugoslávia. A partir de 1963, seria apenas ultrapassado pela Albânia.

A partir dos anos cinquenta, a elevada taxa de mortalidade infantil tornava-se num tema político, erguendo-se várias vozes dissonantes. Em 1951, a U.N.I.C.E.F. organizou, na sua sede, uma *Exposição sobre a Infância*. Num dos dioramas, Portugal aparecia como exemplo da maior taxa de mortalidade infantil europeia, com dados extraídos das publicações da O.M.S.. Perante tal, o adido de imprensa do embaixador de Portugal em França recebeu instruções para se deslocar à sede daquele organismo e contactar a directora da exposição. Defendendo os interesses portugueses, o adido alegou que os números apresentados estavam errados: a taxa de mortalidade infantil era de 92,4 por milagem e não 115, como estava apresentado. O representante português demonstrou, ainda, o grande esforço que Portugal havia feito para diminuir este indicador desde 1920 e sublinhou o facto de a taxa de mortalidade infantil turca ser superior à portuguesa<sup>1894</sup>.

Em 1959, um artigo publicado pelo *Estado de São Paulo*, da autoria de Santana Maia, referia-se à mortalidade infantil em Portugal como “um dos aspectos mais sombrios da sanidade nacional”<sup>1895</sup>. A nado-mortalidade e a mortalidade de crianças com menos de um ano atingiam, segundo o articulista, níveis altíssimos, demonstrando uma situação que “chega a ter foros de vexame nacional”<sup>1896</sup>. O *Partido Comunista Português*, através do seu órgão propagandístico *Avante*, considerava “vergonhosa e criminosa” a taxa de mortalidade infantil em Portugal, tendo como causas fundamentais “o baixíssimo nível de vida de grande massa da população” e a falta de assistência à maternidade e à primeira infância, “apesar de o governo salazarista se intitular falsamente de protector da família...”<sup>1897</sup>.

---

<sup>1894</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, IN-9-2, Cx. 323, pt. 2 – Carta do Adido da Imprensa ao Embaixador de Portugal em França – Nota de Informação – 4 de Julho 1951.

<sup>1895</sup> INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE LISBOA - Arquivo de História Social, Fundo Pinto Quartin. MAIA, Santana - *Portugal de Salazar: Radiografia do Regime*- PQ0586-DOC0054.

<sup>1896</sup> IDEM - Ibidem.

<sup>1897</sup> Cf. Falam os Números: A Falta de Assistência à Maternidade e à Infância em Portugal. In *Avante*. VI série, nº. 292 (Agosto de 1960), p. 5.

Ainda o *Avante* avançava que eram as regiões do país onde os salários das classes trabalhadoras eram mais baixos, onde o nível de vida e as condições higiénicas eram inferiores, que apresentavam maior mortalidade infantil e menor assistência à maternidade. Para esta gravíssima situação concorria a falta de assistência médica em muitos distritos do país. Esta triste realidade, segundo o periódico, fazia “corar de vergonha os portugueses patriotas”<sup>1898</sup>. Sublinhava, ainda, o *Avante*, que “um regime que mantém neste atraso vergonhoso uma nação de gente trabalhadora e progressiva ficará amarrado para sempre ao pelourinho da História, só com o seu derrubamento a nação portuguesa poderá enfileirar ao lado dos povos civilizados e progressivos”<sup>1899</sup>.

O *Partido Comunista* era um dos principais detratores da política materno-infantil levada a cabo pelo regime. Num artigo veiculado pelo *Avante*, na sua edição de Janeiro de 1938, onde denunciava um episódio de troca de crianças recém-nascidas no *Hospital do Rego*, o partido deixava um conjunto de críticas à organização hospitalar a esse nível. A principal responsável pelo incidente terá sido, segundo o periódico, a má organização hospitalar, dirigida pelo enfermeiro-mor. As camas das crianças nas enfermarias eram muito deficientes e em número insuficiente, dificultando o trabalho dos profissionais. Como as camas eram poucas, os enfermeiros deitavam duas a quatro crianças em cada cama. Quando o número de meninas e meninos se assemelhava, os profissionais organizavam-nos em casais, para evitarem enganos de identificação. Contudo, muitas vezes eram obrigados a agrupar crianças do mesmo sexo, o que, por vezes, provocava este tipo de incidentes. Para terminar, o jornal deixava uma crítica ao parco investimento do Estado a este nível. Segundo ele, se o dinheiro não fosse desviado para o auxílio aos “fascistas espanhóis” através do envio de camas, colchões e cobertores, a situação dos hospitais poderia ser melhor<sup>1900</sup>.

Contra a política natalista insurgia-se, mais uma vez, o P.C.P. no seu órgão *Avante*, em 1942. O partido, na clandestinidade, criticava o regime defendendo que num período de grande miséria e carestia, minado pela tuberculose e pela sífilis, com uma elevada crise de habitação, com falta de escolas, é que o governo se lembrava de fomentar uma política deste tipo, sem atender às condições económicas e materiais da população. Esta política, segundo eles, era desenvolvida porque “a burguesia fascista

---

<sup>1898</sup> Cf. Falam os Números: A Falta de Assistência à Maternidade e à Infância em Portugal, p.5.

<sup>1899</sup> Ibidem, p.5.

<sup>1900</sup> Cf. A Troca de Crianças no Hospital do Rego. In *Avante*, n.º. 67, 3ª Semana de Janeiro, p. 2.

precisa de mais escravos e de famintos, pois sem eles deixa de existir”, pois “a carne sazoadada alimentará canhões, a pele arrancada no trabalho agasalhará o grande capital”<sup>1901</sup>. Em relação às condições das crianças pobres, o mesmo periódico avançava que no Porto tinham sido detidos 1366 menores por andarem a mendigar, crianças semi-nuas, esfaimadas e roxas de frio, “a disputarem aos cães os restos de comida que encontram nos caixotes do lixo”<sup>1902</sup>.

Utilizando a definição de determinantes da mortalidade infantil proposta por Arbello Curbello e Arbello Lopez de Letona, dissecados entre causas predisponentes e causas imediatas<sup>1903</sup>, concluímos que o Estado Novo investiu essencialmente em causas predisponentes socioculturais, educacionais e sociológicas, deixando de parte as restantes. Obviamente, era possível às mães terem os conhecimentos necessários em termos de puericultura, mas não poderem aplica-los devido à falta de recursos económicos e condições ambientais. Observa-se, ainda, desigualdades, a este nível, entre os vários distritos do país, em mercê das diferenças socioculturais e de acesso aos cuidados de saúde entre norte e sul, interioridade e litoralidade.

Maria Helena Pessoa Lopes, em artigo publicado pelo *Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, em 1968, registava a existência de uma estreita relação entre o total de partos sem assistência e os altos índices de mortalidade infantil, chamando a atenção para a “importância eventual” que a assistência no parto poderia ter como meio de diminuição da mortalidade infantil. Não ficaria, no entanto, provada a forte dependência entre o número de habitantes por médico e a taxa de mortalidade infantil. Confirmada seria a interdependência entre as fracas condições de habitabilidade e o agravamento deste indicador sanitário. A autora concluía mesmo que a existência de serviços de protecção materno-infantil poderia exercer uma influência no meio, que contrariasse o peso de outros factores condicionantes. Na sua análise a nível distrital, concluía pela existência de uma correlação entre os níveis regionais socio-económicos e as assimetrias distritais da mortalidade infantil, pelo que a rectificação das disparidades de

---

<sup>1901</sup> Cf. KARLOFF - Tribuna Popular: “Pró-família”. In *Avante*. VI Série, nº. 12 (2ª quinzena de Julho de 1942), p. 2.

<sup>1902</sup> Cf. A ”protecção” à família. *Avante*. VI série, nº. 14 (1ª quinzena de Agosto de 1942), p. 3.

<sup>1903</sup> Cf. ARBELO CURBELO, A.; ARBELO LÓPEZ DE LETONA, A. – *Demografía Sanitaria Infantil*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1957.



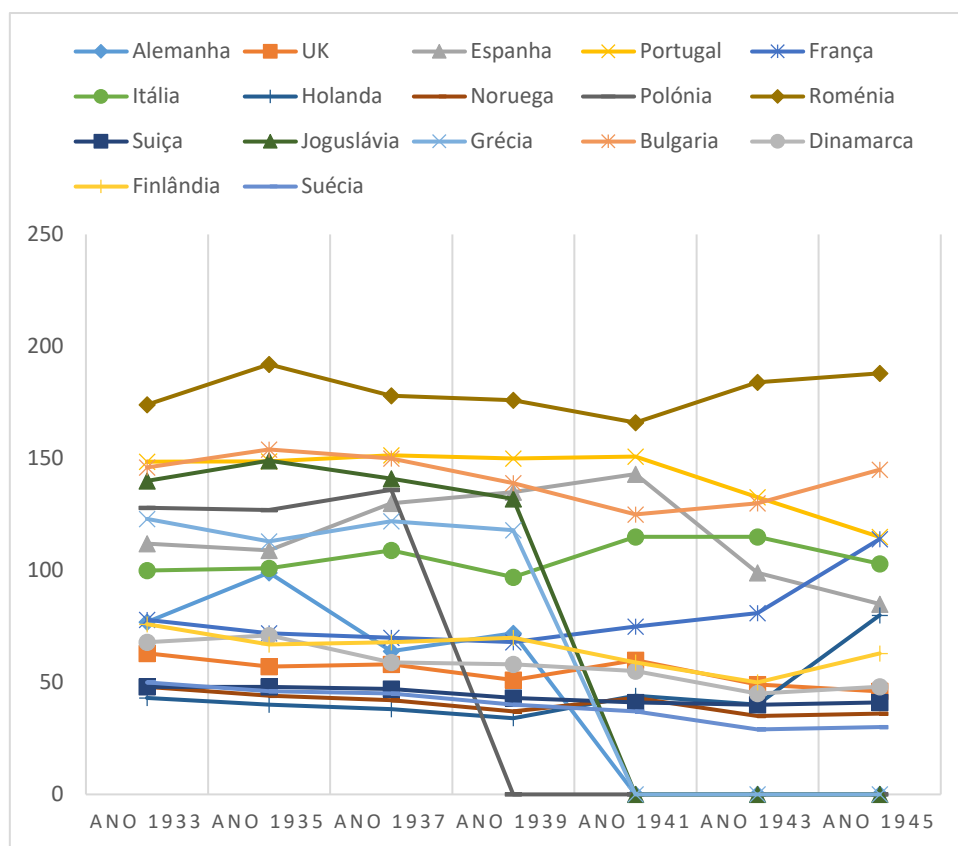
desenvolvimento e a promoção económica e social das diferentes regiões assemelhava-se necessária para o êxito dos programas de assistência materno-infantil<sup>1904</sup>.

CAUSAS PREDISPOENTES	CAUSAS IMEDIATAS
<b>Ambientais</b>  <b>Climáticas</b>  <b>Habitacionais</b>  <b>Alimentares</b>	<b>Congénitas:</b>  (genéticas, hereditárias, anomalias, imaturidade, insuficiência respiratória...)
<b>Socioculturais:</b>  - Educacionais (incapacidade materna, ignorância, analfabetismo, ausência de educação sanitária...)  - Sanitárias (deficiente organização)  - Sociológicas (morais, cívicas, ilegitimidade,...)  - Económicas (pobreza, indigência,...)	<b>Infeciosas:</b>  Alimentares (gastroenterites, processos digestonutritivos)
	<b>Acidentes ou Traumas:</b>  Iatrogénicas (incumprimento do coeficiente assistencial, erros do pessoal sanitário...)

**Tab. 49:** Determinantes da mortalidade infantil, segundo Arbelo Curbelo e Arbelo Lopez de Letona.

A nível ibérico, a taxa de mortalidade infantil portuguesa era, durante a década de sessenta, mais de duas vezes superior à registada em Espanha. Em 1969, a taxa de mortalidade infantil portuguesa era o dobro da registada na R.D.A., Reino Unido, Espanha, França e Itália, mais do que quatro vezes superior à registada na Holanda, Noruega e Suíça e quase o dobro da registada em países como a Polónia, Grécia e Bulgária.

<sup>1904</sup> Cf. LOPES, Maria Helena Pessoa – Mortalidade infantil e nível socio-económico. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 11 (Julho-Setembro 1968), p. 55-73.



**Gráf. 158:** Evolução comparada da taxa de mortalidade infantil em vários países europeus (1933-1945) – em permilagem [Fonte: MITCHELL, B.R., *op. cit.*, p. 26-30]<sup>1905</sup>.

	ALB	RFA	RDA	UK	SP	PT	FR	IT	HL	NRG	POL	RMN	URSS	SW	JGL
1947	0	86	114	39	71	107,26	71	84	34	35	0	200	0	39	0
1949	0	60	78	32	69	114,5	60	74	27	28	107	136		34	102
1951	124	53	64	30	63	89,1	50	67	25	26	115	118	84	30	140
1953	100	47	54	27	53	95,68	42	58	22	22	88	96	68	30	116
1955	104	42	49	25	51	90,24	39	51	22	21	81	78	60	26	113
1957	87	37	46	23	47	87,97	34	50	18	21	77	81	45	23	102
1959	77	34	41	22	42	88,6	30	45	18	19	72	76	41	22	92
1961	80	32	34	21	37,3	88,7	26	41	17	18	54	69	32	21	82
1963	91	27	31	21,8	31,7	73,1	25,8	40	16	17	49	55	31	20	78
1965	87	24	25	19,6	29,4	64,9	22,4	36	14	17	42	44	27	18	72
1967	0	23	21	18,8	26,1	59,2	20,8	33	13	15	38	47	26	17	61
1969	0	23	20	18,6	30	55,8	19,7	30	13	14	34	55	26	15	56

**Tab. 50:** Evolução comparada da taxa de mortalidade infantil em vários países europeus (1947-1969) – em permilagem, segundo B.R. Mitchell. [ALB: Albânia; RFA: República Federal Alemã; RDA: República Democrática Alemã; UK: Reino Unido; SP: Espanha; PT: Portugal; FR: França; IT: Itália; HL: Holanda; NRG: Noruega; POL: Polónia; RMN: Roménia; URSS: União das Repúblicas Socialistas Soviéticas; SW: Suíça; JGL: Jugoslávia].

<sup>1905</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

	Grécia	Bulgária	Dinamarca	Finlândia	Suécia	Portugal
1947	0	130	40	59	25	107,26
1949	42	116	34	48	23	114,5
1951	44	108	29	35	22	89,1
1953	45	81	27	34	19	95,68
1955	44	82	25	30	17	90,24
1957	44	66	23	28	18	87,97
1959	41	56	22	24	17	88,6
1961	40	38	22	21	16	88,7
1963	39	36	19	18	15	73,1
1965	34	31	19	18	13	64,9
1967	34	33	16	15	13	59,2
1969	32	31	15	14	12	55,8

**Tab. 51:** Evolução comparada da taxa de mortalidade infantil em vários países europeus (1947-1969) – em per milagem, segundo B.R. Mitchell.

Acreditando não existir entre as nações critérios consensuais no que era respeitante à definição de alguns termos técnicos ligados à mortalidade infantil e ao aborto, em 1961, o regime produziria legislação no sentido da definição desses conceitos. Através do Decreto-Lei n.º. 44128, o conceito de “nado vivo” correspondia ao produto de um nascimento de criança viva. O nascimento de uma criança viva era a “expulsão ou extracção completa, relativamente ao corpo materno e independentemente da duração da gravidez, [...] que após esta separação, respire ou manifeste quaisquer outros sinais de vida, [...] quer o cordão umbilical tenha sido cortado, quer não, e quer a placenta esteja ou não retida”<sup>1906</sup>. Prematuro seria considerado o nado vivo com menos de 37 semanas de gravidez ou que pesassem, ao nascer, 2,5 Kg ou menos.

Sempre que se produzisse a morte antes do nascimento, passaria a designar-se “morte fetal”. Essa morte fetal poderia ser precoce (menos de 20 semanas de gestação), intermédia (entre 20 a 28 semanas de gestação), ou tardia (superior a 28 semanas completas). A anterior designação de “abortamento” passaria a ser designada de “morte

<sup>1906</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 44128. *Diário do Governo, Série I*, 299 (1961-12-28), p. 1781.

fetal precoce ou intermédia, enquanto o antigo conceito de mortinatalidade ou de nado morto, passaria a ser designado de morte fetal tardia<sup>1907</sup>.

Analisando as principais causas de morte de crianças com menos de cinco anos durante todo o período do regime salazarista, concluímos que as doenças do aparelho digestivo e respiratório, logo seguidas pelas complicações com o nascimento eram os principais algozes<sup>1908</sup>. Se, na verdade, o regime se preocupava essencialmente com as doenças infecciosas da criança - a febre tifoide, o tifo exantemático, a varíola, o sarampo, a escarlatina, a tosse convulsa, a difteria, a gripe e a tuberculose – constituindo tema para diversos artigos apresentados aos congressos da *União Nacional*, causa para pareceres da *Câmara Corporativa*, objectivo essencial da saúde escolar, as doenças do aparelho digestivo eram as mais letais – diarreias, enterites, apendicites e doenças do fígado e da vesícula biliar - juntamente com as doenças do aparelho respiratório (bronquites e as pneumonias).

Observando-se, pois, as doenças do aparelho digestivo como as mais mortais no seio da população infantil portuguesa, tal constitui prova das fracas condições sanitárias e de saneamento básico da população, tendo em conta que estas patologias gástricas assim o indicam, constituindo maior perigo do que a tão temida tuberculose. Da mesma forma, a alta mortalidade devido a complicações no nascimento é um claro índice da ineficácia dos cuidados de saúde materno-infantil. Contudo, no que diz respeito às doenças do aparelho digestivo, notou-se um grande decréscimo, nomeadamente a partir de 1943<sup>1909</sup>.

O regime considerava enorme a mortalidade infantil de lactantes, que se mantinha constante, em 1943, havia quinze anos. Por tal, a *Câmara Corporativa*, no seu Parecer 9/III, alertava para a necessidade de uma verdadeira campanha de defesa da primeira infância “contra o perigo congénito, alimentar e infeccioso”. Até aos cinco anos, corroborando os nossos dados, o “perigo alimentar” continuava, segundo este órgão, a ser o mais grave de todos em consequência da “ignorância do povo, que dá comidas impróprias às crianças” e à liberdade “inconsciente” que elas têm no

---

<sup>1907</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 44128, p. 1781.

<sup>1908</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933 – 1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

<sup>1909</sup> IDEM – Ibidem.

campo<sup>1910</sup>. Neste contexto, a *Câmara Corporativa* não explicou a causa do grande número óbitos devidos a doenças do aparelho digestivo pela falta de condições de higiene e de salubridade que a falta de posses de grande parte das famílias portuguesas experimentava. O regime procurava resolver o problema alimentar das crianças portuguesas com a generalização das cantinas escolares. Contudo, antes da idade escolar, as crianças não obtinham qualquer apoio específico nesta área.

Não é possível deixar de abordar a importância das complicações com o nascimento como uma das três principais causas de morte de crianças até aos cinco anos de idade. Estas complicações reuniam casos de malformações congénitas ou parto prematuro, entre outras. Francisco Fernandes Homem, director clínico do *Dispensário-Lactário da Assistência Infantil de Santa Isabel*, em Lisboa, apontava as causas desta mortalidade com doenças da gravidez, devendo ser combatidas com a cuidada vigilância da gestante, educação da mulher grávida e do meio, prevenção de acidentes e reparação das lesões existentes. Os erros técnicos da assistência ao parto e ao pós-parto imediato eram também considerados pelo autor, devidos à ignorância ou a falhas da ainda rudimentar ciência<sup>1911</sup>.

Na verdade, a ignorância citada pelo autor parecia residir essencialmente nos partos sem assistência, a grande maioria, auxiliados por familiares e amigos sem preparação. Quanto às causas de morte relacionadas com as doenças respiratórias e gastrointestinais, o autor considerava que a sua resolução se prendia com medidas de natureza sanitária: higiene habitacional, alimentar, urbana, geral e educativa das mães e dos meios sociais.

José dos Santos Bessa, em 1958, alerta-nos ainda para o angustiante problema da hospitalização das crianças doentes, efectuada em termos deploráveis, segundo ele. Este quadro negativo estava relacionado com a falta de instalações e o seu deficiente funcionamento. As crianças chegavam aos hospitais em estados de doença avançada e, devido à sua fragilidade, acabavam por adquirir outras infecções em meio hospitalar<sup>1912</sup>.

---

<sup>1910</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 110.

<sup>1911</sup> Cf. HOMEM, Francisco Fernandes – Normas positivas em trabalhos de puericultura. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 29-30, Julho/ Agosto 1945, p. 237.

<sup>1912</sup> Cf. BESSA, José dos Santos, *op. cit.*, p. 125.

Talvez por isso, a *Câmara Corporativa*, no seu Parecer sobre o *Estatuto da Assistência Social*, defendia a concepção de hospitais para crianças, que reunissem uma equipa de especialistas preparados para lidar com uma população especial em termos psicológicos, morais, materiais, médicos, sociais e educativos. Independentemente desses novos hospitais, era necessário aumentar o total de camas destinadas ao internamento de crianças, aumentar o total de pediatras, estendendo a sua acção nas zonas rurais, dado que estavam concentrados nas grandes cidades<sup>1913</sup>.

Em relação ao número de partos em Portugal, podemos aferir que este manteve, durante o período em estudo, uma tendência de crescimento que seria mais pronunciada a partir de 1943, começando a dissipar-se a partir do início da década de sessenta (*vide* gráfico 161)<sup>1914</sup>. Da mesma forma, entre 1937 e 1957, aumentou o número de mulheres que acorriam às maternidades de forma a poderem usufruir de um parto com assistência medicalizada (*vide* gráfico 163)<sup>1915</sup>.

Contudo, devido à ineficácia de alguns destes serviços e a uma ausência de políticas públicas neste domínio, entre 1935 e 1939, observou-se um aumento abrupto do número de mulheres falecidas nestas instituições, número que viria a baixar em 1941, mas com uma elevada tendência de crescimento, fruto, em nossa opinião, do incremento da afluência das grávidas com mais problemas às maternidades (*vide* gráfico 164). Tal argumento parece, da mesma forma, explicar o crescente aumento do número de falecimento de crianças nestas instituições entre 1935 e 1941 (*vide* gráfico 165)<sup>1916</sup>. O seu decréscimo, concomitante com a quebra do número de parturientes falecidas, a partir do final da década de quarenta, poderá estar relacionado com uma melhoria dos cuidados de saúde prestados a esta população.

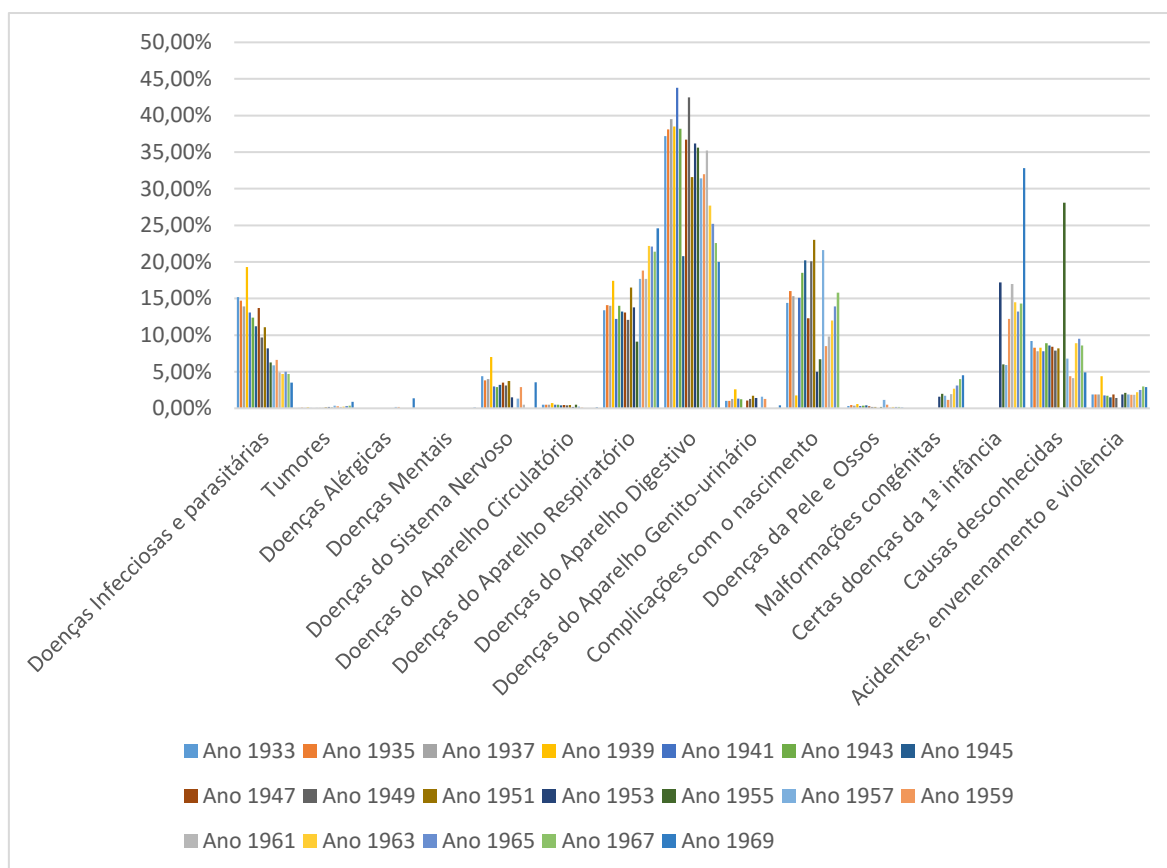
---

<sup>1913</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 1387.

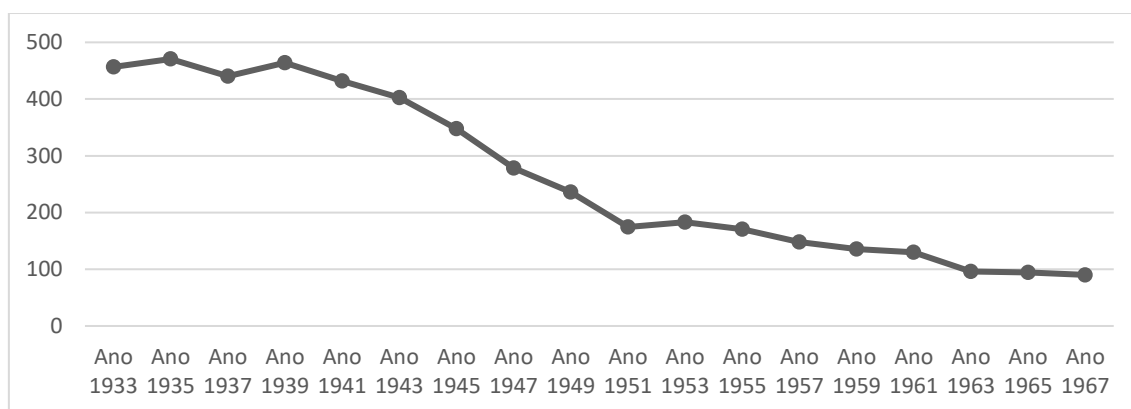
<sup>1914</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1931-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1932-1970].

<sup>1915</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1937-1957]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1938-1958].

<sup>1916</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1935-1957]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1958].



**Gráf. 159:** Causas de morte em crianças com menos de 5 anos de idade (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>1917</sup>.



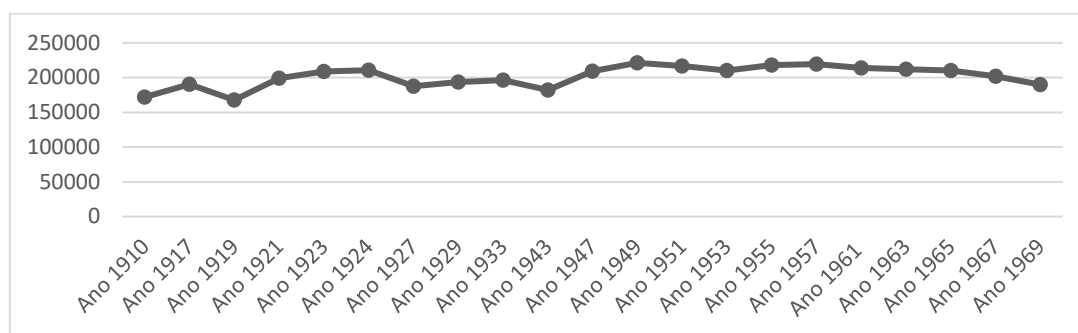
**Gráf. 160:** Evolução da Taxa de Mortalidade Materna por 100.000 hab. (1933-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>1918</sup>.

<sup>1917</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

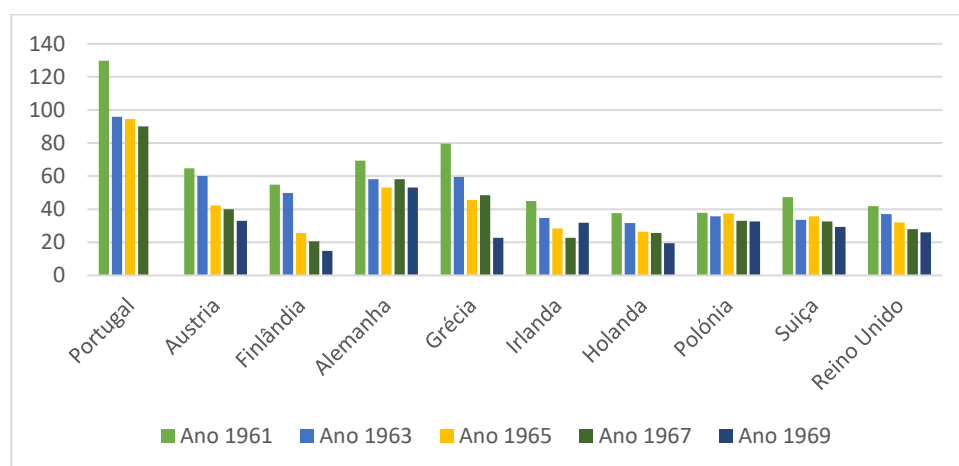
<sup>1918</sup> Idem. Dados compilados pela autora a partir de informação disponível em INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1968].

Em 1952, José dos Santos Bessa afirmava que a taxa de mortalidade materna portuguesa era a pior da Europa ocidental, observando-se um acompanhamento conveniente durante o período pré-natal a uma diminuta quantidade de grávidas. A mortalidade materna era, segundo o autor, causada pela inexistência de assistência às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Segundo os dados da O.C.D.E., disponíveis apenas a partir dos anos sessenta<sup>1919</sup>, podemos confirmar que Portugal era o país europeu com maior taxa de mortalidade materna, apesar do comportamento decrescente durante a década em estudo. Contudo, o nosso país, no que era correspondente a este indicador sanitário, ficava muito aquém da grande maioria da Europa ocidental.



**Gráf. 161:** Evolução do total de partos em Portugal (1931-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1932-1970)]<sup>1920</sup>.

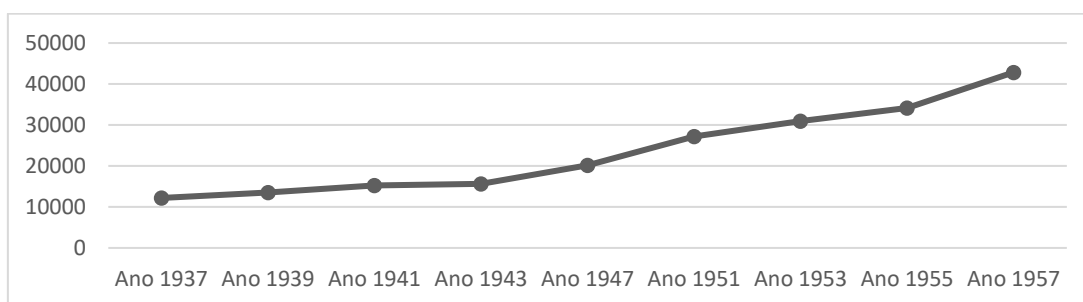


**Gráf. 162:** Evolução comparada da taxa de mortalidade materna em alguns países europeus membros da O.C.D.E. (1961-1969) [Fonte: *OECD.Stat. Health Status: Maternal and Infant Mortality*]<sup>1921</sup>.

<sup>1919</sup> Cf. O.E.C.D. – *OECD.Stat. Health Status: Maternal and Infant Mortality*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://stats.oecd.org/#>

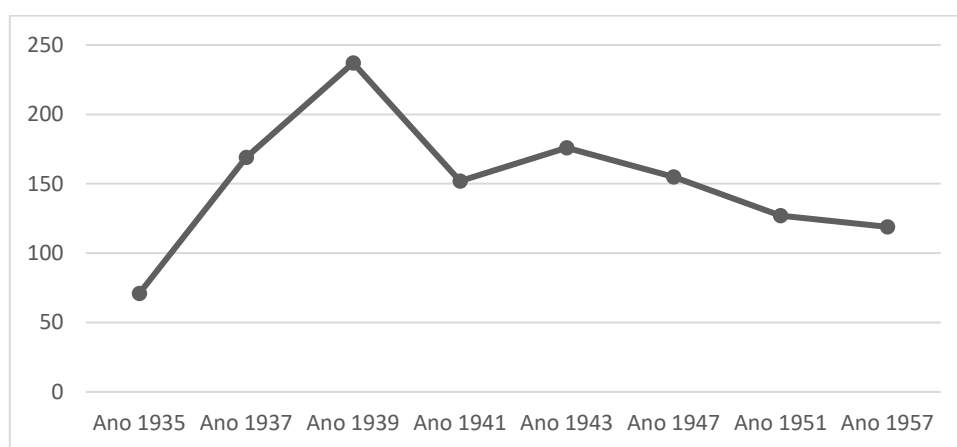
<sup>1920</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.





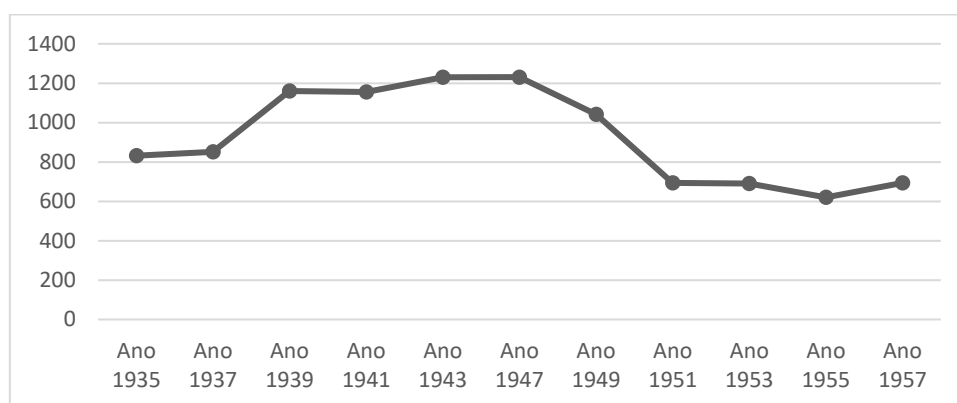
**Gráf. 163:** Evolução do total de mulheres que deram entradas nas maternidades portuguesas (1937-1957)

[Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1938-1958)]<sup>1922</sup>.



**Gráf. 164:** Evolução do total de mulheres falecidas nas maternidades (1935-1957) [Fonte: Anuários

Estatísticos Nacionais (1936-1958)]<sup>1923</sup>.



**Gráf. 165:** Evolução do total de crianças falecidas nas maternidades (1935-1957) [Fonte: Anuários

Estatísticos Nacionais (1936-1958)]<sup>1924</sup>.

<sup>1921</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

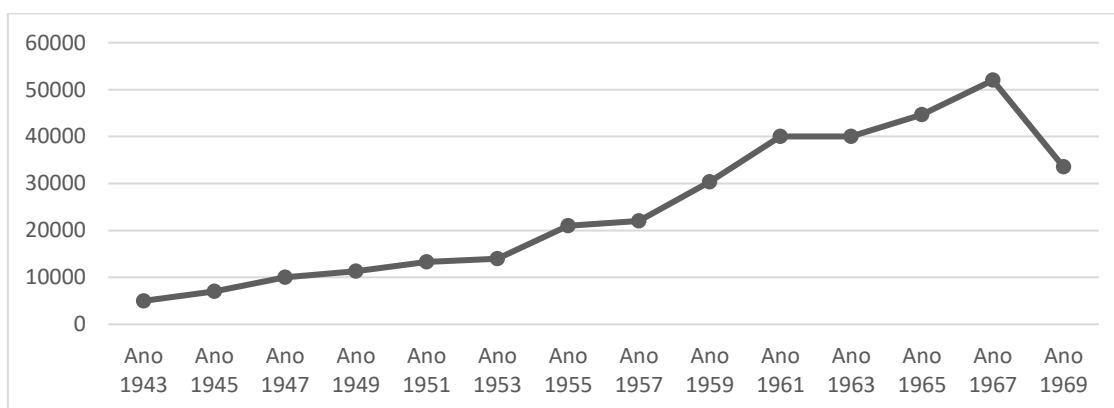
<sup>1922</sup> Idem.

<sup>1923</sup> Idem.

<sup>1924</sup> Idem.

### 2.1.5. O Financiamento Estatal da Saúde e Assistência Materno-Infantis

Do ponto de vista do financiamento estatal para a assistência à maternidade e primeira infância, através da comparticipação nos encargos de sustentação das Maternidades Alfredo da Costa e Júlio Dinis e subsídios de cooperação a instituições desta modalidade de assistência, incluindo consultas pré-natais, podemos observar a sua evolução no tempo, a partir do gráfico 166. Como podemos verificar, existiu um financiamento crescente nesta área, mais pronunciado a partir de 1957-1958, período de grave crise do regime, e que se consolidaria durante a década de sessenta, observando-se uma grande quebra a partir de 1967<sup>1925</sup>. Não foram, contudo, encontrados dados relativos à década de trinta, mas supomos a existência de um baixo financiamento estatal a este nível. Entre 1943 e 1967 o investimento em sede de orçamento de Estado para a assistência materno-infantil quintuplicou.



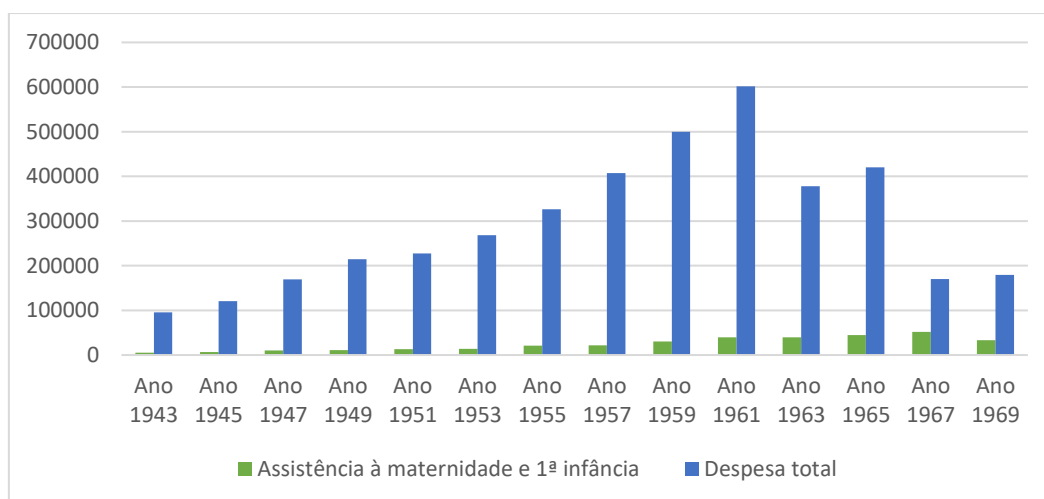
**Gráf. 166:** Evolução do financiamento estatal para a assistência à maternidade e à primeira infância (1943-1969), através do orçamento da *Direcção-Geral de Assistência* – em contos [**Fonte:** *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1943-1969)*]<sup>1926</sup>.

De modo a podermos estabelecer um grau de comparação entre a despesa orçamental do Estado com a assistência à maternidade e primeira infância e a despesa

<sup>1925</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1943-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1944-1970].

<sup>1926</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

total relativa à assistência, observamos os dados patentes no gráfico 167. Através dele podemos observar que, entre 1943 e 1969, ao passo que a despesa com a assistência à maternidade e primeira infância se manteve num patamar que nunca ultrapassaria os 60.000 contos, registados em 1967, a despesa total com a assistência crescería exponencialmente, atingindo um pico na ordem dos 600.000 contos, em 1961. Na verdade, nota-se uma proporção quase imutável entre os valores orçamentais da assistência à maternidade e primeira infância, em relação à despesa total, na ordem dos 5 a 6% da mesma, entre 1943 e 1961. Esta proporção só iria aumentar no decorrer da década de sessenta, quando se observou uma quebra acentuada da despesa total do Estado com os serviços de assistência, passando, entre 1963 e 1965, a 10,6% da despesa total e, em 1967, a 30 % da mesma<sup>1927</sup>.



**Gráf. 167:** Evolução comparada da despesa orçamental entre a assistência à maternidade e à primeira infância e a despesa total dos serviços de assistência pública (1943-1969) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1943-1969); Conta Geral do Estado para o Ano Económico de (1943-1969)*]<sup>1928</sup>.

Entre 1943 e 1951, os Orçamentos Gerais do Estado dão notícia de um financiamento suplementar do Estado, através da *Direcção-Geral de Assistência*, para o apoio a crianças débeis (através de subsídios de cooperação para instituições desta modalidade) e a crianças “anormais físicas e mentais”. Tratava-se de uma despesa

<sup>1927</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1943-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional [1944-1970].

<sup>1928</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

mínima, que não chegaria sequer a 1% da despesa total do Estado com serviços de assistência, mas que desapareceria a partir de 1951<sup>1929</sup>.

O principal dos objectivos do *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, em termos de protecção materno-infantil seria a criação escalonada de novos dispensários nas áreas onde eles não existissem, reequipando e remodelando os existentes. Para tal, seria libertada uma verba de 15.000 contos, financiada pelo Fundo de Socorro Social e eventualmente pelo *Orçamento Geral de Estado*, em contrapartida da redução de dotações libertadas em virtude de acordos que seriam celebrados entre o *Ministério da Saúde e Assistência* e o *Ministério das Corporações e Previdência Social*<sup>1930</sup>. Contudo, este era um investimento mínimo ao nível do *Plano de Fomento*, que correspondia a cerca de 4% do total de investimentos na área da saúde.

O objectivo do *III Plano de Fomento*, ao nível da protecção materno-infantil continuava a ser o da ampliação da rede de dispensários e alargamento do seu raio de acção até ao concelho e freguesia, essencialmente às zonas rurais, em coordenação com os serviços da previdência social. Em termos de investimentos prioritários, à protecção materno-infantil caberia a verba de 36.000 contos, mais do dobro da consignada no *Plano Intercalar*. Contudo, em relação à totalidade de investimentos, esta verba apenas correspondia a 1,5% do total de investimentos prioritários na área da saúde<sup>1931</sup>.

Não podemos ainda esquecer que parte do financiamento da assistência advinha dos próprios utentes dos serviços públicos, especialmente das maternidades. O parto hospitalar não era grátis, vigorando o porcionismo. Segundo este método, apenas os comprovadamente pobres e indigentes não eram obrigados ao pagamento dos serviços de saúde, custeados pelas câmaras municipais do seu domicílio de residência ou, em última instância, pelo Estado. Os restantes eram obrigados a custear na totalidade (pensionistas) ou em parte (porcionistas) as suas despesas de saúde. E quando alegavam falta de rendimentos eram perscrutados os seus ascendentes e descendentes no sentido de poderem ressarcir as dívidas.

---

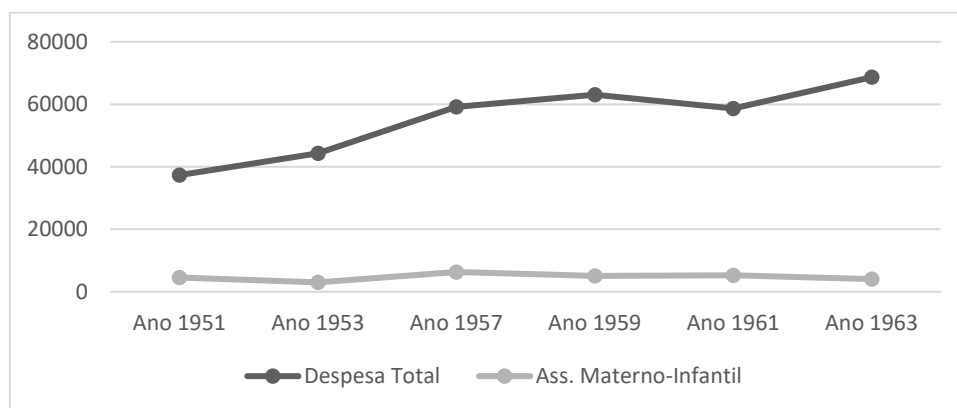
<sup>1929</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1943-1951]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1944-1952].

<sup>1930</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1078.

<sup>1931</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8965.

Também o Fundo de Socorro Social reservava uma percentagem para a assistência materno-infantil, embora fosse um pequeno montante. Conseguimos reunir números para o período entre 1951 e 1963. Observou-se um aumento da despesa total deste fundo, embora o financiamento da assistência materno-infantil se tenha mantido sempre inferior aos 7 mil contos. Os encargos com a assistência materno-infantil nunca superaram os 12% do total da despesa do Fundo de Socorro Social durante o período estudado<sup>1932</sup>.

Do ponto de vista da previdência, não nos vamos alongar, tendo em conta que reservámos um capítulo específico para tratar este assunto. Contudo, há que sublinhar que, a este nível, durante este período, a previdência era ainda muito limitada, não universal, deixando de fora grande parte da população rural e dos trabalhadores independentes. É contudo, inegável, que a partir do início da década de sessenta, com a publicação da Lei nº. 2115, se observou-se um alargamento da assistência médica e medicamentosa na maternidade e uma generalização do direito a subsídios de nascimento e maternidade, como já referimos.



**Gráf. 168:** Despesa total do Fundo de Socorro Social *versus* despesa do Fundo com assistência materno-infantil (1951-1963) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1952-1964)*]<sup>1933</sup>.

<sup>1932</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1951-1963]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1964].

<sup>1933</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

Tendo em conta este cenário, podemos avançar que, apesar de o financiamento estatal para a protecção materno-infantil ter sido crescente e sustentado, sempre foi residual quando comparado com o financiamento de outras formas de assistência, o que nos sugere um desinteresse estatal face à saúde da mulher e da criança, motor dos elevados índices de mortalidade materna e infantil, incoerente com a doutrina natalista que o Estado Novo nunca abandonou. Uma assistência materno-infantil onerosa para as mulheres e suas famílias, paga através do porcionismo, de acordo com os seus rendimentos.

Registamos uma grande continuidade política, doutrinal e de realizações em termos de assistência materno-infantil no regime salazarista. Em termos doutriniais, o Estado Novo de Salazar manteve a sua doutrina natalista, conservadora e católica, condenando o aborto, os métodos contraceptivos, o trabalho feminino e defendendo o parto domiciliário. Tudo com uma dimensão moral e uma dimensão económica subliminar. Contudo, se a doutrina se manteve, a sociedade evoluiu. A partir da década de sessenta, observamos um aumento da nupcialidade e uma diminuição da natalidade, o que nos sugere um alargamento da utilização de métodos anticoncepcionais. Da mesma forma, se regista uma maior procura da mulher pelo parto medicalizado e pela sua integração no mundo do trabalho.

Em termos políticos, os organismos estatais criados para apoio à maternidade – *Instituto Maternal*, *Obra das Mães*, *Instituto de Assistência à Família* – não souberam responder às necessidades, não evoluíram e foram perdendo preponderância ao longo do tempo. Registamos, ainda, que os momentos de fomento assistencial se deram em épocas de crise. Aconteceriam durante a II Guerra Mundial e pós eleições de 1958 e os momentos conturbados que se seguiriam, quer na metrópole, quer nas colónias.

Em 1944, o *Estatuto da Assistência Social* legislava uma estatização da assistência materno-infantil, que se tornaria diferente de todos os outros tipos de assistência para a qual o Estado considerava a sua acção enquanto supletiva. Contudo, esta estatização nunca saíria do papel. O Estado manteria a sua feição supletiva das misericórdias, apesar da tentativa de centralização num instituto que não evoluiu, não alargou a prestação da assistência e foi sempre pobremente dotado.

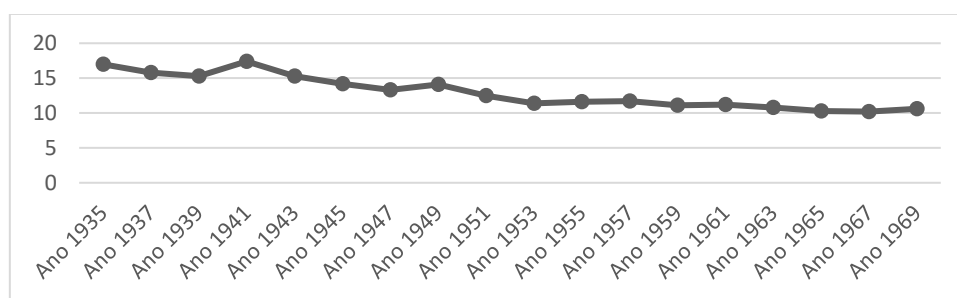
A maioria das crianças portuguesas nascia no domicílio, sem qualquer tipo de assistência especializada. Os partos hospitalares ocorriam essencialmente em enfermarias de partos de hospitais gerais pertencentes às misericórdias. Eram, pois, as enfermarias de partos das misericórdias, e não as maternidades, os principais centros de parto medicalizado. Nota-se, contudo, um progressivo aumento da oferta e da procura por estas instituições geradoras de parto com assistência médica, num crescimento em detrimento da doutrina.

Regista-se, ainda, uma falta de equidade entre os distritos no acesso aos cuidados de saúde materno-infantis. Da mesma forma, se observava uma carência de recursos humanos, nomeadamente parteiras e médicos nos hospitais gerais e maternidades. Esta doutrina e esta política do Estado Novo produziram uma quebra na taxa de mortalidade infantil, contudo insuficiente em comparação com os restantes países europeus. Esta doutrina e esta política produziram, também, uma das maiores taxas de mortalidade materna da Europa e uma grande mortalidade de crianças com menos de 5 anos, devido essencialmente a doenças do aparelho digestivo, complicações com o nascimento e doenças respiratórias.

Estes indicadores levam-nos a concluir da pouca eficácia da política assistencial materno-infantil do Estado Novo de Salazar. Regime que registou um investimento estatal ínfimo a este nível, quando comparado com o total de investimentos assistenciais. Uma assistência onerosa, em parte financiada pelos utentes e suas famílias, de acordo com os seus rendimentos, numa época em que a previdência prestava, ainda, cuidados de saúde materno-infantis limitados e não universais. Vozes críticas a esta situação levantaram-se por parte da oposição – P.C.P. – e de uma classe médica menos comprometida com o Estado, especialmente aquela que assinou o *Relatório das Carreiras Médicas*.

## 2.2. A Evolução da Mortalidade Geral

No que é relativo à evolução da taxa bruta de mortalidade<sup>1934</sup>, podemos observar que, durante o Salazarismo verificou-se uma quebra dessa taxa, mais acentuada entre as décadas de quarenta e cinquenta, parecendo estabilizar-se nos anos seguintes. Durante as décadas de trinta e quarenta, as principais causas de morte da população portuguesa eram as doenças infecciosas (tuberculose, bronquites, pneumonias, difteria e sarampo) e os problemas relacionados com a precária assistência materno-infantil que originava o nascimento de crianças com defeitos congénitos e outras lesões provocadas por partos mal assistidos. Durante as décadas de cinquenta e sessenta, as doenças infecciosas foram perdendo preponderância, ganhando terreno as doenças cardiovasculares<sup>1935</sup>. Pela primeira vez, os acidentes automóveis ganhavam o direito a serem considerados como causas de morte representativas da população portuguesa<sup>1936</sup>.



**Gráf. 169:** Evolução da taxa bruta de mortalidade (1935-1969) – em per milagem [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1936-1970)]<sup>1937</sup>.

Durante os anos trinta e quarenta, a tuberculose foi um dos principais algozes da população portuguesa, como veremos num capítulo específico. Contudo, as doenças cardiovasculares sempre foram grandes causadoras de mortalidade, tendência que viria a consolidar-se durante a década de cinquenta, crescendo exponencialmente até ao final dos anos sessenta. A partir de 1955, os orçamentos de Estado passariam a contemplar, através da *Direcção-Geral de Assistência*, verbas para o desenvolvimento de um

<sup>1934</sup> **Taxa Bruta de Mortalidade:** número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Cf. MORAIS, Maria da Graça, *op. cit.*, p. 303.

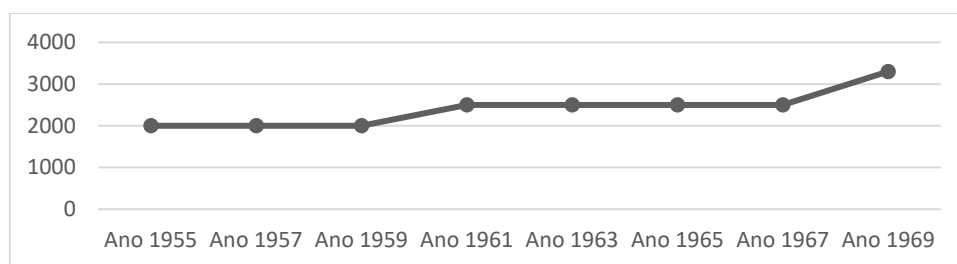
<sup>1935</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

<sup>1936</sup> Cf. MORAIS, Maria da Graça, *op. cit.*, p. 330.

<sup>1937</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



programa assistencial dirigido às doenças reumáticas e cardiovasculares. A partir de 1963, as verbas seriam canalizadas através da *Direcção-Geral dos Hospitais*. Durante os seis anos de duração, o investimento nesta área nunca ultrapassaria os 0,6% do orçamento total da *Direcção-Geral de Assistência*. Quando as verbas passaram para a égide da *Direcção-Geral dos Hospitais*, este organismo não mais gastaria do que 0,9% do seu orçamento total com o mesmo programa<sup>1938</sup>.



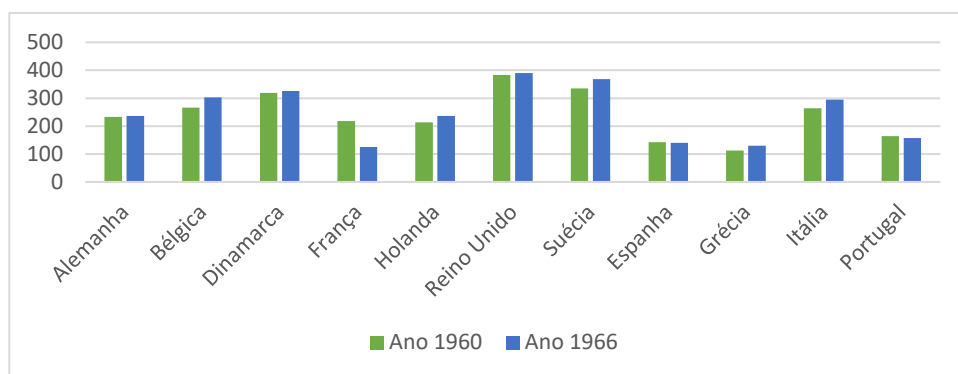
**Gráf. 170:** Evolução da dotação orçamental para o programa de doenças reumáticas e cardiovasculares (1955-1969) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1956-1970)*]<sup>1939</sup>.

Se, em relação às doenças cardiovasculares se observou uma grande escalada desde meados da década de cinquenta, no que era relativo às doenças oncológicas também se verificou um grande aumento da mortalidade. Durante a década de sessenta, em termos comparativos com outros países europeus, no que era relativo às lesões vasculares, os números colocavam-nos a par da Alemanha e imediatamente a seguir à França. Contudo, em relação às doenças de coração, os valores assumidos pelo nosso país não se afastavam da média dos países mediterrânicos, observando-se uma clara discrepância no que era relativo aos países da Europa central e do norte, que apresentavam uma maior mortalidade por esta causa específica. Do ponto de vista das doenças oncológicas, Portugal era um dos países europeus com a mais reduzida taxa de mortalidade (*vide* gráficos 171, 172 e 173)<sup>1940</sup>

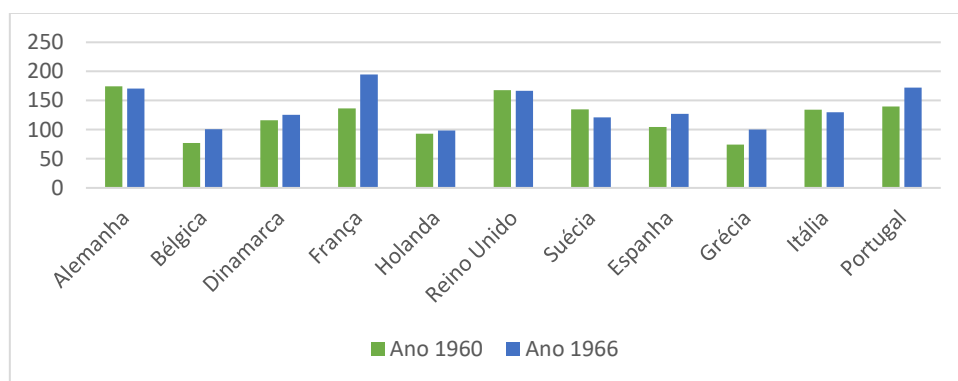
<sup>1938</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1955-1961]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1956-1962].

<sup>1939</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

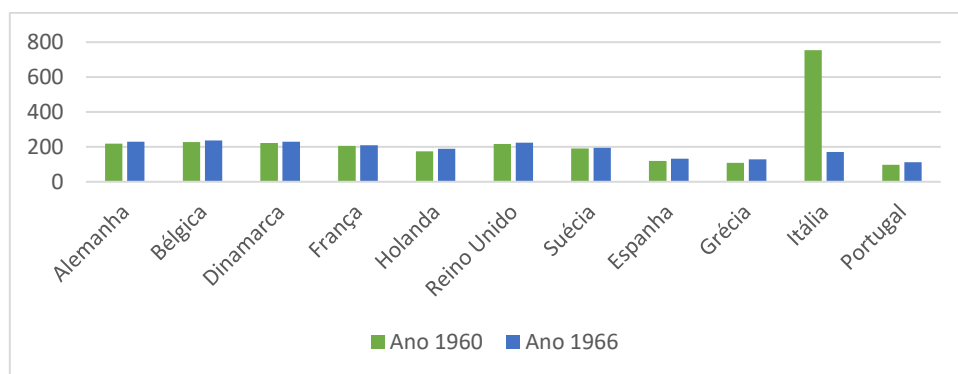
<sup>1940</sup> Cf. LOPES, Maria Helena Pessoa – Evolução do nível sanitário português no contexto europeu (1960-1967). In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, 13 (Janeiro-Março 1969), p. 111.



**Gráf. 171:** Evolução comparada da mortalidade por doenças de coração (1960-1966) em alguns países europeus [Fonte: LOPES, Maria Helena Pessoa – Evolução do nível sanitário português no contexto europeu (1960-1967)].



**Gráf. 172:** Evolução comparada da mortalidade por lesões vasculares (1960-1966) em alguns países europeus [Fonte: LOPES, Maria Helena Pessoa – Evolução do nível sanitário português no contexto europeu (1960-1967)].



**Gráf. 173:** Evolução comparada da mortalidade por lesões vasculares (1960-1966) em alguns países europeus [Fonte: LOPES, Maria Helena Pessoa – Evolução do nível sanitário português no contexto europeu (1960-1967)].

	1933	1935	1937	1939	1941	1943	1945	1947	1949	1951
<b>Febre tifóide e paratífóide</b>	0,96%	0,87%	1,10%	1,00%	1,20%	1,50%	1,10%	0,80%	0,61%	0,22%
<b>Tifo exantemático</b>	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%
<b>Varíola</b>	0,45%	0,17%	0,09%	0,23%	0,06%	0,04%	0,04%	0,05%	0,01%	0,01%
<b>Sarampo</b>	0,80%	1,40%	0,70%	0,60%	1,20%	0,40%	0,30%	0,19%	0,45%	0,19%
<b>Tosse Convulsa</b>	0,80%	0,56%	1,20%	0,50%	0,70%	0,97%	0,50%	0,71%	0,39%	0,41%
<b>Difteria</b>	0,70%	0,68%	0,60%	0,60%	0,45%	0,69%	0,68%	0,36%	0,18%	0,19%
<b>Gripe (Influenza)</b>	2,30%	1,90%	1,50%	1,10%	0,83%	0,62%	0,72%	0,42%	0,67%	1,20%
<b>Tuberculose respiratória</b>	8,60%	7,90%	7,90%	7,70%	7,60%	8,30%	9,00%	9,74%	9,00%	8,80%
<b>Sífilis</b>	0,80%	0,87%	0,75%	0,61%	0,50%	0,45%	0,41%	0,38%	0,33%	0,27%
<b>Malária</b>	0,10%	0,17%	0,24%	0,20%	0,35%	0,40%	0,21%	0,08%	0,04%	0,03%
<b>Cancro</b>	2,70%	2,90%	3,20%	3%	2,90%	2,90%	3,20%	3,60%	3,80%	5,00%
<b>Doenças do coração</b>	8,90%	9,30%	9,30%	9,90%	9,70%	10,20%	10,60%	11,90%	11,40%	12,80%
<b>AVC</b>	7,00%	6,90%	7,30%	7,80%	6,80%	6,87%	7,30%	8,20%	8,00%	9,40%
<b>Bronquite e Pneumonias</b>	9,20%	10,10%	9,40%	10,10%	9,00%	9,23%	8,86%	8,00%	8,00%	8,54%
<b>Debilidade congénita, malformações e nascimento prematuro</b>	5,90%	5,80%	5,60%	5,70%	5,25%	6,30%	6,34%	6,31%	6,30%	6,00%

	1953	1955	1957	1959	1961	1963	1965	1967	1969
<b>Febre tifóide e paratífóide</b>	0,13%	0,09%	0,06%	0,07%	0,05%	0,03%	0,04%	0,03%	0,02%
<b>Tifo exantemático</b>	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%
<b>Varíola</b>	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Sarampo</b>	0,18%	0,27%	0,21%	0,35%	0,42%	0,18%	0,20%	0,19%	0,12%
<b>Tosse Convulsa</b>	0,22%	0,18%	0,14%	0,23%	0,05%	0,09%	0,04%	0,04%	0,01%
<b>Difteria</b>	0,24%	0,21%	0,18%	0,15%	0,21%	0,13%	0,12%	0,04%	0,02%
<b>Gripe (Influenza)</b>	0,52%	0,56%	0,95%	0,72%	0,50%	0,50%	0,66%	0,35%	0,64%
<b>Tuberculose respiratória</b>	4,50%	4,62%	4,42%	4,10%	3,23%	3,00%	2,63%	2,34%	1,90%
<b>Sífilis</b>	0,36%	0,39%	0,31%	0,35%	0,23%	0,20%	0,19%	0,13%	0,03%
<b>Malária</b>	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%
<b>Cancro</b>	6,30%	7,40%	7,60%	8,43%	9,00%	9,70%	10,40%	10,96%	10,82%
<b>Doenças do coração</b>	12,60%	16,00%	15,40%	13,00%	14,60%	14,90%	15,10%	15,40%	17,30%
<b>AVC</b>	9,80%	8,44%	9,81%	12,00%	12,20%	14,00%	15,00%	16,90%	18,30%
<b>Bronquite e Pneumonias</b>	8,30%	7,90%	10,00%	10,20%	10,60%	12,30%	11,10%	10,20%	11,50%
<b>Debilidade congénita, malformações e nascimento prematuro</b>	2,20%	2,50%	2,42%	3,00%	3,30%	3,20%	3,30%	3,20%	0,15%
<b>Poliomielite</b>	0,03%	0,01%	0,01%	0,03%	0,02%	0,03%	0,03%	0,01%	0,01%

**Tab. 52:** Evolução percentual das principais causas de mortalidade em Portugal (1933-1969), segundo dados do I.N.E.

Durante a sessão de encerramento da reunião de delegados de saúde distritais, em 1948, foi proferido um discurso onde se aludiu ao abaixamento da taxa de mortalidade naquela época. O período de 1910 a 1926, segundo os prelectores, seria caracterizado pela agitação política, e a taxa de mortalidade tinha-se ressentido, aumentando, ao contrário do que acontecia em boa parte dos países europeus. Naquele período, a taxa de mortalidade, na Europa, só aumentaria em Portugal. O abaixamento da taxa de mortalidade na década de quarenta tinha, pois, resultado de causas múltiplas: “da melhoria do nível económico e social da população, da extensão da previdência aos trabalhadores economicamente débeis, da construção de casas salubres, do abastecimento de águas potáveis, do alargamento da rede de esgotos, da assistência à maternidade e à primeira infância, da acção profiláctica da assistência médica e da hospitalização dos doentes”<sup>1941</sup>.

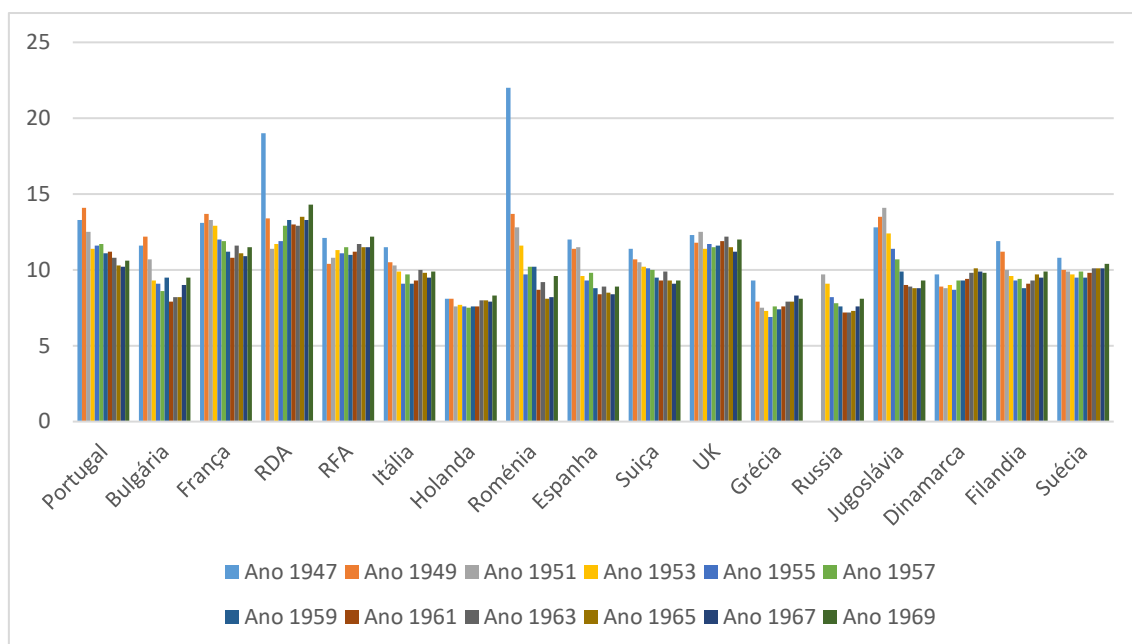
Em 1951, Bernardo de Pinho assumia que a manifesta diminuição da taxa de mortalidade geral atestava a melhoria do estado sanitário do país, em muito devida ao abaixamento da mortalidade por tuberculose e diarreias infantis<sup>1942</sup>. Contudo, em 1958, Miller Guerra publicou um artigo, onde denunciava que a mortalidade geral, que baixava desde 1918, suspenderia a sua descida em 1945, para voltar a subir em 1955, 1956 e 1957. Segundo o médico, tal era devido à interrupção do desenvolvimento sanitário e à ineficiência dos serviços médicos. Miller Guerra admitia não existir uma política de saúde enquanto não aumentasse a riqueza nacional. Se o nível de vida permanecesse baixo, as condições patogénicas reapareceriam e a medicina entregaria “nas mãos da miséria as vidas que salva”<sup>1943</sup>, num ciclo infernal, regressando a mortalidade ao seu estado primitivo. Por tal, o incremento do nível de vida das populações era a base da continuidade do progresso sanitário.

---

<sup>1941</sup> Cf. Podemos encarar com confiança e optimismo o futuro da saúde pública em Portugal. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 62/64, Abril/Junho 1948, p. 145.

<sup>1942</sup> Cf. PINHO, Bernardo de, *op. cit.*, p. 51.

<sup>1943</sup> Cf. GUERRA, Miller – A Política de Saúde, p. 323-331.



**Gráf. 174:** Evolução comparada das taxas brutas de mortalidade em vários países europeus no pós II Guerra Mundial (1947-1969) [Fonte: MITCHELL, B.R., *op. cit.*]<sup>1944</sup>.

Do ponto de vista internacional, podemos observar uma tendência de decréscimo da mortalidade no decorrer dos anos, tendência que se observaria também no território português<sup>1945</sup>. De facto, a discrepância entre Portugal e os parceiros europeus registada, no que era relativo à taxa de mortalidade infantil, não era tão assimetricamente notória quanto no que era relativo à taxa de mortalidade geral. De facto, Portugal parecia apresentar números bastante satisfatórios, paralelos com países como a Grã-Bretanha, a França ou a Itália, embora não se pudesse comparar ao pelotão da frente, com taxas de mortalidade geral bastante reduzidas, como era o caso da Holanda, da Rússia ou da Grécia.

No que dizia respeito à morte por doenças infecciosas, Portugal era um dos países europeus, membros da O.C.D.E. com maior taxa de mortalidade devido a tais patologias, durante os anos sessenta, segundo os dados desta organização<sup>1946</sup>. Apesar do comportamento claramente decrescente deste indicador durante a década em estudo, os

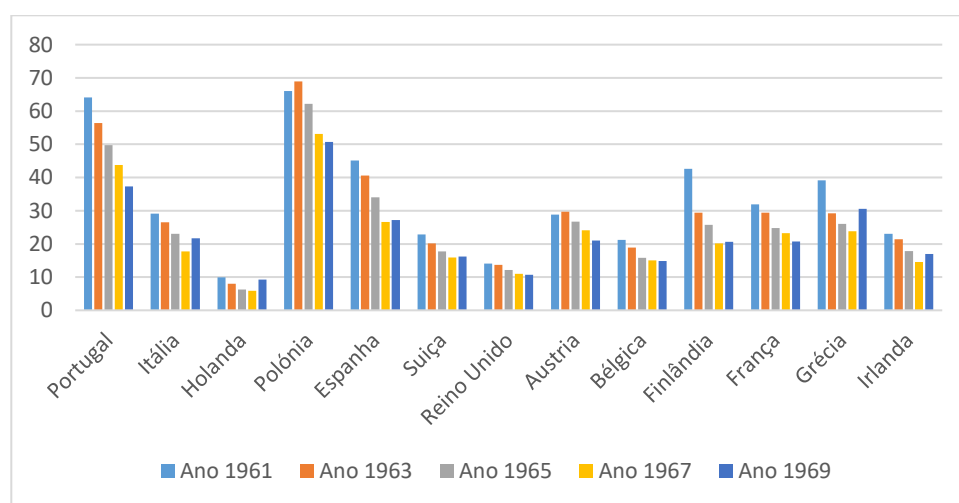
<sup>1944</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1945</sup> Cf. MITCHELL, B.R., *op. cit.*, p. 39-44.

<sup>1946</sup> Cf. O.E.C.D. – *OECD.Stat. Health Status: Causes of Mortality*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://stats.oecd.org/>

valores registados no nosso país apenas seriam ultrapassados pelos registados na Polónia.

Maria Helena Pessoa Lopes considerava que, por virtude do desenvolvimento da técnica sanitária, da melhoria das condições de salubridade e saneamento, a mortalidade por doenças infecto-contagiosas havia caído vertiginosamente, durante a década de sessenta, mesmo nos países de baixo nível sanitário. No contexto europeu, na sua opinião, as diferenças mais marcadas observadas relativamente ao nosso país referiam-se à mortalidade por tuberculose, mais do que em relação às outras doenças infecciosas<sup>1947</sup>.



**Gráf. 175:** Mortalidade devida a doenças infecciosas por 100.000 habitantes em vários países membros da O.C.D.E.(1961-1969) [Fonte: *OECD.Stat. Health Status: Causes of Mortality*]<sup>1948</sup>.

Amadeu Lobo da Costa que, no início dos anos sessenta, publicou um estudo sobre os índices sanitários portugueses, a pedido do novo ministro da Saúde, Martins de Carvalho, também se debruçou sobre o problema da mortalidade em Portugal. Considerando que este era um índice pouco significativo no estudo comparativo da situação sanitária portuguesa, a verdade é que o autor lhe deu bastante protagonismo no seu estudo. Na verdade, na sua opinião, Portugal era um país de população relativamente jovem, acusando um índice bastante favorável. Contudo, o estudo das taxas de mortalidade por idades era francamente mais significativo. França, Bélgica e Reino Unido, com taxas de mortalidade geral mais elevadas do que a portuguesa,

<sup>1947</sup> Cf. LOPES, Maria Helena Pessoa, *op. cit.*, p. 109.

<sup>1948</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

situavam-se mais confortavelmente no que era respeitante à mortalidade específica dos grupos etários de maior valor económico. Lobo da Costa considerava, contudo, a nossa posição como francamente favorável nos grupos etários de 50 ou mais anos<sup>1949</sup>.

Opinião díspar era apresentada por Maria Helena Pessoa Lopes que, em 1969, redigiu um artigo publicado pelo *Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, sobre a evolução do nível sanitário português. Embora considerasse que o nosso país seguia as mesmas linhas de tendência de evolução da generalidade dos países europeus, considerava, também, que ainda se verificava “um nítido afastamento em relação ao conjunto dos valores médios assumidos por este grupo de países”<sup>1950</sup>. Segundo a sua leitura dos índices de mortalidade geral, a proporção de óbitos de 50 e mais anos, em 1967, ainda se distanciava muito, não só da média para os países da Europa central, como dos países mediterrâneos.

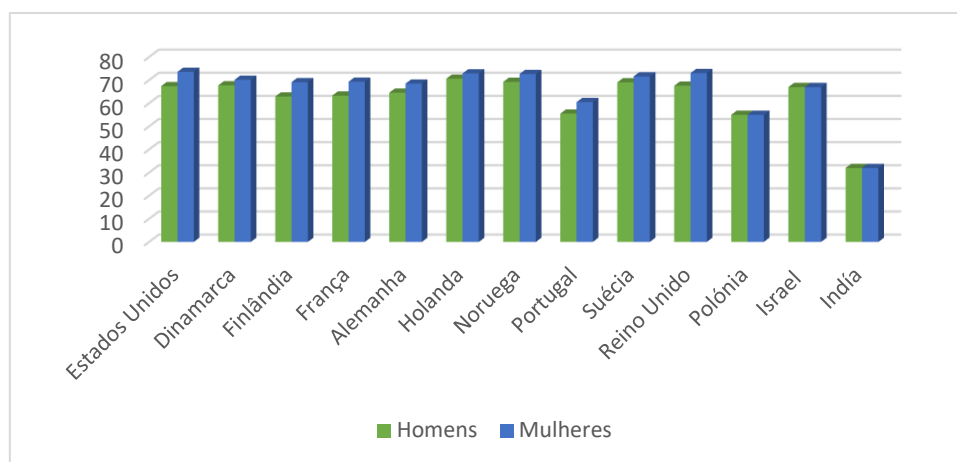
Segundo Lobo da Costa, a duração média de vida expressava, de forma mais aproximada, o nível sanitário real do que a mortalidade geral. Nesse sentido, segundo os dados fornecidos pelo autor, Portugal era dos países europeus com mais baixa esperança média de vida ao nascimento. Interessante é o facto de colocar, como termo de comparação a Índia, na tentativa de mascarar a precária situação portuguesa, comparando-a a um país do terceiro mundo. Contudo, o Parecer nº. 42/VII da *Câmara Corporativa*, relativo ao *Estatuto da Saúde e Assistência*, apresenta-nos também dados internacionais sobre a esperança média de vida ao nascimento<sup>1951</sup>. Nestes dados podemos, pois verificar que Portugal era o país europeu, em 1959, com menor esperança média de vida à nascença.

---

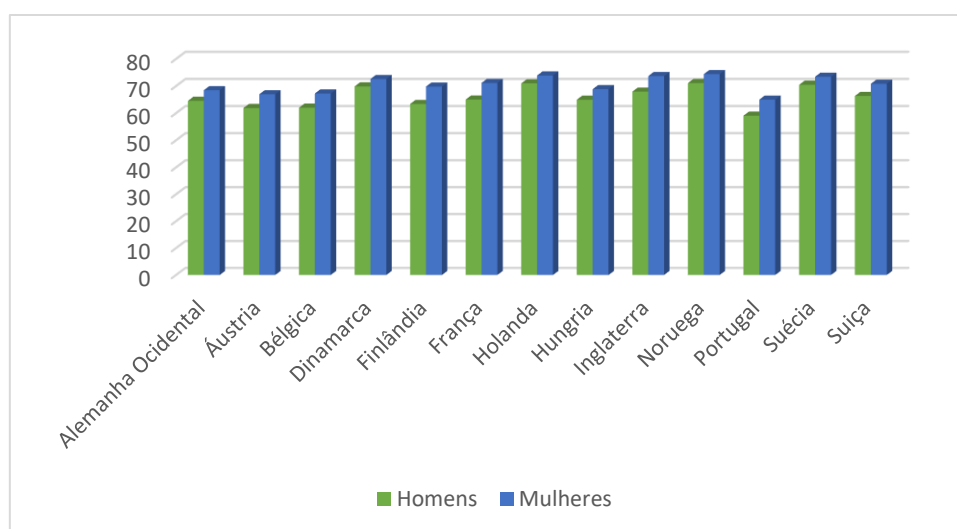
<sup>1949</sup> Cf. LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social (cont.), p. 35.

<sup>1950</sup> Cf. LOPES, Maria Helena Pessoa, *op. cit.*, p. 109.

<sup>1951</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1460.



**Gráf. 176:** Esperança média de vida ao nascimento (1950-1954), segundo os dados recolhidos por Amadeu Lobo da Costa [Fonte: LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social].



**Gráf. 177:** Esperança média de vida ao nascimento (1959), segundo dados do Parecer nº. 42/VII da Câmara Corporativa [Fonte: PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA]<sup>1952</sup>.

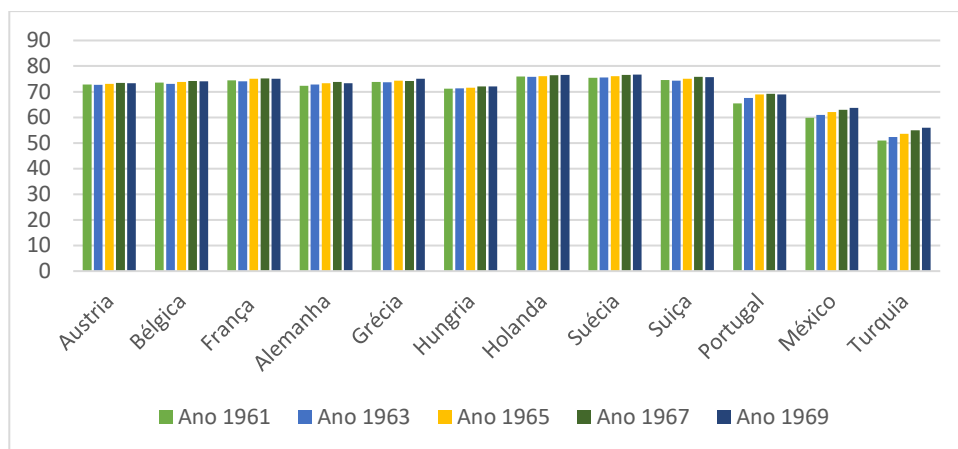
Servindo-nos dos dados da O.C.D.E., disponíveis a partir dos anos sessenta, podemos concluir que a situação se manteria durante esta década<sup>1953</sup>. Comparando os números dos membros desta organização relativos à esperança média de vida ao nascimento dos indivíduos de sexo feminino, constatamos que Portugal continuava a ser o país europeu com menor esperança média de vida ao nascimento, embora se note um incremento considerável deste indicador durante toda esta década. De entre os membros

<sup>1952</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1953</sup> Cf. O.E.C.D. – *OECD.Stat. Health Status: Life Expectancy*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://stats.oecd.org/>

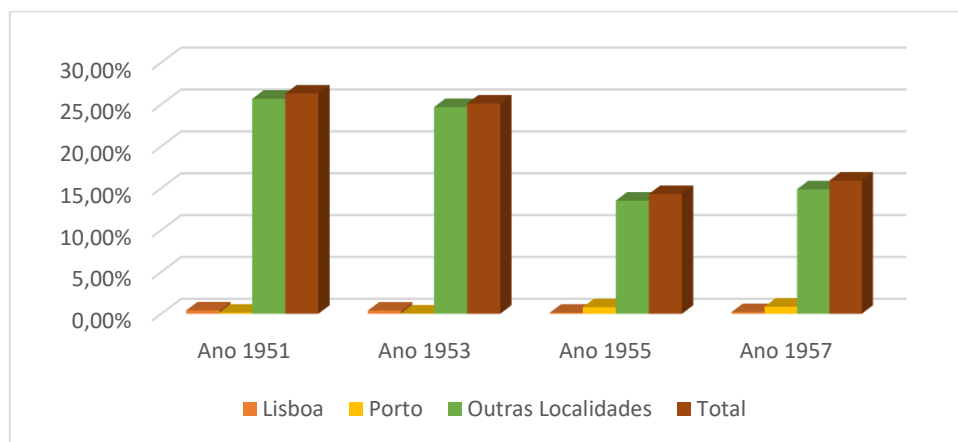


da O.C.D.E., apenas o México e a Turquia apresentariam números mais preocupantes, a este nível, do que Portugal.



**Gráf. 178:** Esperança média de vida ao nascimento de indivíduos do sexo feminino, membros da O.C.D.E. (1961-1969) [Fonte: *OECD.Stat. Health Status: Life Expectancy*]<sup>1954</sup>.

Amadeu Lobo da Costa chamava, ainda, a atenção para a elevada percentagem de óbitos sem confirmação médica, uma indicação indirecta das deficiências da assistência médica, particularmente nos meios rurais. Nesse sentido, cada vez mais se acentuava a diferença de níveis – sanitário e social – entre a capital e o resto do país<sup>1955</sup>.



**Gráf. 179:** Percentagem de óbitos sem confirmação médica, segundo locais (1951-1957), segundo os dados de Amadeu Lobo da Costa [Fonte: LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social].

<sup>1954</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1955</sup> Cf. LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social (cont.), p. 65.



## **CAPÍTULO 3**

### **A LUTA CONTRA AS DOENÇAS INFECCIOSAS**



Foi em 6 de Julho de 1885 que Louis Pasteur, pela primeira vez, fez vacinar um ser humano contra a raiva, um jovem alsaciano. Esta descoberta marcou o início da ciência imunológica. Em Portugal, o *Instituto Bacteriológico de Lisboa* foi inaugurado em 1892, tendo como uma das finalidades o tratamento preventivo da raiva humana utilizando o método de Pasteur. Este instituto alterou a sua denominação, anos mais tarde, ganhando o nome do seu fundador, Luís da Câmara Pestana<sup>1956</sup>. No que se refere à luta anti-rábica, possuímos informações constantes nos Orçamentos Gerais do Estado, de que, entre 1943 e 1951, a *Direcção-Geral de Assistência* canalizou algumas verbas para a luta anti-rábica, através da comparticipação nos encargos de sustentação do serviço anti-rábico e vacínico de Coimbra<sup>1957</sup>. Entre 1933 e 1937, temos notícia de que centenas de doentes foram imunizados no *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*<sup>1958</sup>.

O *Instituto de Patologia Geral e Vacínico de Coimbra* e o seu serviço anti-rábico e vacínico foram criados em 1926, agregados à Faculdade de Medicina daquela universidade, no sentido de dar resposta aos problemas da população do norte do país. Durante os primeiros anos, o serviço de raiva conheceu grandes dificuldades financeiras, vivendo dos parques rendimentos de benfeitores<sup>1959</sup>. Contudo, a partir de 1937, este serviço passaria a ter verba no orçamento do *Ministério do Interior*<sup>1960</sup>. Em 1949, foi criado o *Dispensário Anti-Rábico do Porto*, tendo por fim o tratamento das pessoas agredidas por animais raivosos, a preparação de vacinas destinadas ao

---

<sup>1956</sup> Cf. PEREIRA, A. Torres – No centenário da vacinação anti-rábica (1885-1985). In BETTENCOURT, A. (dir) - *Arquivos do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. Lisboa: I.B.C.P., Tomo XIII, 1985, p. 3-5.

<sup>1957</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1943-1951]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1944-1952].

<sup>1958</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1937]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1938].

<sup>1959</sup> Cf. SANTOS, João Marques dos – *O Instituto de Patologia Geral e o Serviço Anti-Rábico e Vacínico de Coimbra*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1931, p. 58-59.

<sup>1960</sup> IDEM – *Serviços Anti-Rábico e Vacínico de Coimbra: Movimento de 1937*. Coimbra: Coimbra Editora Lda, 1937, p. 3-4.

tratamento e profilaxia da doença, a execução de análises laboratoriais de diagnóstico e a formação dos profissionais competentes<sup>1961</sup>.

Desde 1926, com a reorganização dos serviços de saúde pública e a criação de um serviço antiepidémico permanente, foi delineada a existência de parques sanitários, de modo a congregar o material sanitário existente, disperso por diversos estabelecimentos de saúde, com grave prejuízo para a sua conservação. Tornava-se, pois, indispensável a construção de pavilhões apropriados com todos os requisitos para armazenar esse material. Nesse sentido, em 1927, foi criado, junto da *Direcção-Geral de Saúde*, o *Parque Sanitário da Direcção-Geral de Saúde*, com a sua sede em Lisboa e uma secção no Porto. Contudo, o seu funcionamento não seria logo regulamentado<sup>1962</sup>. Em 1947, nova legislação integrou o *Parque Sanitário* na *Direcção-Geral de Saúde* e regulamentou as suas atribuições<sup>1963</sup>.

Parque Sanitário
<ul style="list-style-type: none"><li>• Organizar os processos de aquisição de material sanitário da D.G.S., o seu inventário, armazenagem, conservação, movimentação;</li><li>• Informar sobre as necessidades de material sanitário de consumo corrente;</li><li>• Promover a montagem de material sanitário em qualquer ponto do país e as instalações de urgência destinadas aos serviços de profilaxia das doenças infecciosas e sociais;</li><li>• Assegurar a conservação de medicamentos, soros, vacinas, e outras substâncias aplicáveis à profilaxia das doenças infecciosas e sociais.</li></ul>

**Tab. 53:** Atribuições do Parque Sanitário, a partir do Decreto n.º 36361 (1947).

Em meados dos anos quarenta, Portugal era ainda um dos países do mundo onde as doenças infecciosas grassavam com maior intensidade<sup>1964</sup>. Doenças quase extintas num grande número de países, como a varíola, a difteria, a febre tifóide ou a sífilis, ainda ceifavam muitas vidas lusas. Fraga de Azevedo e Fernando Castro Amaro consideravam tal precária situação como elucidativa da deficiente situação sanitária portuguesa, em relação aos outros países europeus. As causas para tão lastimosa situação residiam na falta de educação do povo, nas más condições de higiene de grande

<sup>1961</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 37627. *Diário do Governo, Série I*. 251 (1949-11-24), p. 812.

<sup>1962</sup> Cf. DECRETO n.º 14433. *Diário do Governo, Série I*. 230 (1927-10-18), p. 1996.

<sup>1963</sup> Cf. DECRETO n.º 36361. *Diário do Governo, Série I*. 140 (1947-06-20), p. 580.

<sup>1964</sup> Cf. AZEVEDO, J. Fraga de; AMARO, Fernando de Castro – *Como Evitar as Doenças Infecciosas*. Lisboa: Cosmos, 1946, vol. I, p. 65.

parte da população, na deficiente intervenção do Estado nesta área, na escassez de assistência médico-social e de meios preventivos, como a vacinação<sup>1965</sup>.

As doenças infecciosas mais mortais, até ao final da década de quarenta, foram a tuberculose, a gripe, a febre tifóide, o sarampo, a difteria e a tosse convulsa. Contudo, a partir do início da década de cinquenta, assistimos a uma diminuição da mortalidade geral provocada por estas doenças e a um aumento da letalidade provocada pelas doenças cardiovasculares. Durante o início da década de cinquenta, a mortalidade por tuberculose desceu quase para metade em comparação com os anos anteriores. Doenças como o tifo exantemático e a varíola seriam, a partir desta altura, praticamente erradicadas<sup>1966</sup>.

Bernardo de Pinho, professor do curso de Medicina Sanitária, explicava, em 1951, a grande quebra de mortalidade por tifo com os resultados das medidas de salubridade geral, ao nível das águas e esgotos, sem esquecer a acção momentânea das vacinas. A varíola era o caso mais típico de eficácia da profilaxia pela vacinação. O combate à difteria, contudo, apesar da quebra da mortalidade, ainda tinha um caminho por trilhar<sup>1967</sup>.

Durante os anos cinquenta observou-se, contudo, o aparecimento de outra doença infecciosa, a poliomielite, de pequena letalidade. Contudo, esta patologia provocava deficiência essencialmente motora, registando-se, no início dos anos cinquenta valores elevados em Lisboa<sup>1968</sup>. Durante os anos sessenta, apesar de a mortalidade por tuberculose ter reduzido substancialmente e continuar a decrescer, era ainda a doença infecciosa mais letal. O sarampo, a difteria e a gripe eram ainda problemas de saúde pública. Em 1969, os casos de febre tifóide e de tosse convulsa eram quase nulos<sup>1969</sup>.

---

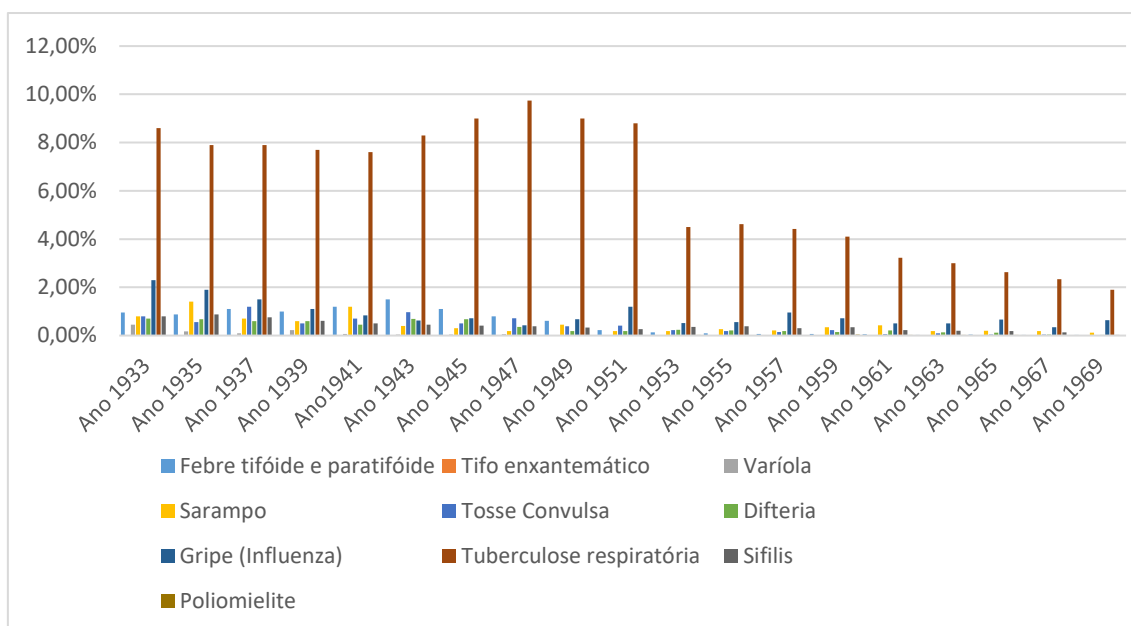
<sup>1965</sup> Cf. AZEVEDO, J. Fraga de; AMARO, Fernando de Castro, *op. cit.*, p. 66.

<sup>1966</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

<sup>1967</sup> Cf. PINHO, Bernardo de, *op. cit.*, p. 45.

<sup>1968</sup> Cf. ANDREIA, Álvaro – Assistência aos Inválidos: Princípios e Realizações. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 8.

<sup>1969</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].



**Gráf. 180:** Evolução da mortalidade provocada por doenças infecciosas (1933-1969), em percentagem

[Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>1970</sup>.

É evidente, em vários discursos de Salazar em matéria de saúde e assistência, a importância que era dada à profilaxia das doenças, considerada mais eficaz e mais económica. Na verdade, a vacinação é um dos métodos mais consistentes de profilaxia das doenças infecciosas, as que causavam maior número de mortes em Portugal durante este período. Como ter-se-á comportado o Estado Novo a este nível? Terá existido uma coerência entre as políticas de vacinação assumidas e o discurso ideológico do regime?

Em Maio de 1943, a *Direção-Geral de Saúde* emitiu um aviso, a todas as instituições de assistência médica infantil, públicas ou privadas, para o cabal cumprimento da lei da vacinação obrigatória contra a varíola. Para tal, estas deveriam organizar e pôr a funcionar, num prazo de um mês, sessões semanais de vacina antivariólica<sup>1971</sup>. No preâmbulo do Decreto-Lei n.º. 35108, encontramos a referência ao facto de que se tratava mais útil prevenir os males do que procurar-lhes remédio, tornando-se “socialmente mais eficiente e economicamente mais útil”<sup>1972</sup>. Por certo que curar a doença era considerada uma das mais nobres missões de um médico, “mas haverá outra mais bela do que evitá-la, defendendo persistentemente a saúde dos

<sup>1970</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>1971</sup> Cf. AVISO DA D.G.S. *Diário do Governo*, Série II. 120 (1943-05-25).

<sup>1972</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 35108, p. 899.



inimigos que a ameaçam?”<sup>1973</sup>, era questionado no diploma. Cabia, pois, ao médico um papel decisivo na propaganda e na vulgarização da vacinoterapia. Note-se que, na Base VI da Lei nº. 1998, encontramos referenciado que as actividades preventivas ou recuperadoras tinham preferência sobre as meramente curativas<sup>1974</sup>.

No início dos anos quarenta, as doenças infecciosas, para além da tuberculose e da lepra, que mais preocupavam as autoridades governativas eram a febre tifoide, o sarampo, a varíola e a difteria. A difteria, evoluindo por surtos epidémicos, registou nos anos 1942-1944 uma das maiores epidemias, que atingiu múltiplos países europeus e também Portugal<sup>1975</sup>. O número de óbitos por febres tifoides e paratífoides parecia crescer durante esta época, “apesar do grande número de obras de saneamento e de águas empreendidas nos últimos anos”<sup>1976</sup>, como observava a *Câmara Corporativa*. O mesmo organismo considerava que o processo de vacinação antitífica carecia de um exame mais profundo.

Por seu turno, o sarampo era muitas vezes desprezado, considerado uma doença com aparente benignidade. Contudo, esta afecção era responsável por um número considerável de óbitos infantis. Mais uma vez, a *Câmara Corporativa* advertia, em 1943, que o único meio eficaz de combate parecia estar na imunização das crianças, que cumpria intensificar. A vacinação contra a varíola já era obrigatória em 1943. Mas a doença continuava a grassar por todo o país. Segundo a *Câmara Corporativa*, para que a situação se alterasse, faltava a penetração dos agentes sanitários nas camadas mais pobres e a educação da população rural. Sem a educação do povo, advertia aquele órgão, todas as medidas obrigatórias eram insuficientes. Por fim, a difteria era motivo de grande preocupação, dada a alta letalidade que comportava. De acordo com a Câmara, era pela imunização vacínica que se exterminava a endemia<sup>1977</sup>.

Fernando da Fonseca<sup>1978</sup>, em 1946, considerava que o panorama das doenças infectocontagiosas em Portugal era desolador. Observava-se, no nosso país, uma variada

---

<sup>1973</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35108, p. 899.

<sup>1974</sup> Cf. LEI nº. 1998, p. 435.

<sup>1975</sup> Cf. CUNHA, Saraiva da - Difteria. In MALTEZ, Fernando; ALMEIDA, Ramalho de [coord.] – *História de Doenças Infecciosas*. [s.n; s.l.], 2014, p. 56.

<sup>1976</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 100.

<sup>1977</sup> Ibidem, p. 100.

<sup>1978</sup> **FONSECA, Fernando da Conceição (1895-1974)**: médico, licenciado pela *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*, em 1920. Alistou-se no *Corpo Expedicionário Português* e prestou serviço na Flandres até ao final da I Guerra Mundial, regressando à pátria laureado. Entrou como assistente no *Hospital de Santa Marta*, sob a orientação do Professor Pulido Valente e entregou a tese em 1920. Após a

gama de doenças desta estirpe, segundo ele, devido ao desconhecimento das elementares regras de higiene, ao desregramento alimentar e à “falta de cultura do povo”. Contudo, o médico também culpava a insuficiente organização sanitária do país, que não estava à altura do problema que pretendia resolver, “porque os dirigentes ainda mal se aperceberam da extraordinária importância que tem a saúde pública para o progresso e desenvolvimento do País”<sup>1979</sup>. Numa crítica veemente à política instituída, o professor afirmava: “por rebate da consciência colectiva ou perante pestilência mais aparatosa, surgem reformas ou são tomadas medidas de protecção (muitas vezes eficazes), para depois se não efectivarem convenientemente ou voltarem ao esquecimento”<sup>1980</sup>.

O médico lastimava-se com a infindável série de indivíduos vitimados pela febre tifóide, coqueluche, sarampo, difteria, tétano, varíola, e ao ver que a mortalidade infantil era causada não só pelo agressor infeccioso, mas principalmente pela fraca resistência que lhe opunha um organismo mal nutrido ou não assistido. Na luta contra estas doenças, o professor considerava que o mais importante papel cabia ao Estado, embora tal encargo fosse facilitado pela compreensão e auxílio de todos. Ao Estado cabia, pois, pôr à disposição do público serviços de vacinação gratuita. Contudo, era necessário vencer uma certa relutância que uma grande camada da população, de todas as classes, possuía face a esta medida preventiva.

No que era relativo às doenças sociais, como era o caso da tuberculose e da sífilis, assim consideradas em virtude da sua grande dispersão e da dependência das condições de vida das populações, Fraga de Azevedo (médico analista dos *Hospitais Civis de Lisboa*) e Fernando de Castro Amaro pensavam ainda maior a responsabilidade do Estado no seu combate, pois só ele poderia elevar o nível de vida da população que

---

formatura partiu para Berlim, onde aperfeiçoou as técnicas laboratoriais, tomando contacto com a medicina moderna que se fazia sentir na Europa. Em 1924 regressou a Portugal e, em 1929, foi colocado no serviço de tuberculose do *Hospital Curry Cabral*. Em 1932/1933 contribuiu para a investigação do bacilo de Koch, no *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*, galardoado com o prémio da instituição. Durante a II Guerra Mundial conheceu Calouste Gulbenkian com quem criou grande amizade e, em 1943, ascendeu a professor catedrático de Propedêutica Médica na *Faculdade de Medicina de Lisboa*. Em 1947, numa reunião do M.U.D., proferiu um discurso no qual destacou o atraso do sistema de saúde português. Por tal, Salazar exonerou-o de todos os cargos públicos. Nos anos que se seguiram dedicou-se aos seus estudos de investigação, nunca abandonando o exercício da medicina. Vide VELHO, Maria [et al.] – FONSECA, Fernando da Conceição (1895-1974). In PINA, Madalena Esperança (coord.) – *Dicionário de Médicos Portugueses* [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <http://medicosportugueses.blogs.sapo.pt/6436.html>.

<sup>1979</sup> Cf. FONSECA, Fernando da – Introdução. In AZEVEDO, J. Fraga de; AMARO, Fernando de Castro – *Como Evitar as Doenças Infecciosas*. Lisboa: Cosmos, 1946, vol. I, p. 6.

<sup>1980</sup> IDEM - Ibidem, p. 67.

neutralizasse a expansão de tais patologias. Para tal, era necessário uma melhoria da habitação e da alimentação, “ a remuneração justa e a fiscalização do trabalho”<sup>1981</sup>, o estabelecimento de condições higiénicas nas oficinas (com boas cantinas e onde a alimentação fosse orientada por técnicos), exames médicos obrigatórios e periódicos, desportos cuidados nas horas vagas, larga e continuada propaganda educativa, postos de profilaxia e tratamento facilmente acessíveis. Ao Estado competia, ainda, a realização de estudos epidemiológicos necessários, de modo a impedir a propagação das doenças infecciosas.

Em 1949, a *Câmara Corporativa* emitia novo parecer, respeitante ao projecto de lei de luta contra as doenças contagiosas. Nele, o órgão consultivo advertia para a importância de ampliar o grau de imunização da população portuguesa. Defendia a sua obrigatoriedade nas crianças e nos adultos que passavam pelo *Instituto Maternal*, pelas escolas, pelo Exército, pela Marinha, pelas prisões, embora considerassem difícil de regulamentar tal obrigatoriedade na clínica privada. A *Câmara Corporativa* defendia, ainda, a gratuitidade da vacinação, por tratar-se de um serviço de protecção social que importava franquear a todos, achando útil a instituição de um boletim de vacinação. Mais uma vez, esta Câmara sublinhava a necessidade da criação de um *Ministério da Saúde*, que reunisse num plano e numa direcção de conjunto a saúde, a previdência e a assistência<sup>1982</sup>.

Ainda em 1949 foi publicada a Lei nº. 2036, que regulava a luta contra as doenças infecciosas, deixando de fora a tuberculose e a lepra, regulamentada por diplomas especiais. Esta lei de bases, publicada já após a constituição da O.M.S., parece ter sido decalcada num dos seus principais objectivos, de luta contra doenças infecciosas, sendo dela recorrente<sup>1983</sup>. Este diploma considerava que a luta contra estas doenças abrangia uma acção profiláctica, terapêutica e educativa, não dando, contudo, grande relevo a um alargamento da vacinação enquanto meio profiláctico, ao contrário do que defendia a *Câmara Corporativa*. A intervenção do Estado nesta área era efectuada pela *Direcção-Geral de Saúde*, à qual competia coordenar a acção dos serviços oficiais, das misericórdias, instituições de previdência e particulares nesta

---

<sup>1981</sup> Cf. AZEVEDO, J. Fraga de; AMARO, Fernando de Castro, *op. cit.*, p. 69.

<sup>1982</sup> Cf. PARECER 35/IV: LUTA CONTRA AS DOENÇAS CONTAGIOSAS, p. 1-15.

<sup>1983</sup> Cf. PAGE, Maria Paula – *Políticas de Saúde portuguesas 1940-1990: Consolidação de um novo regime de poder entre a intenção da mudança e os limites da continuidade*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1998, p. 77. Tese de Mestrado.

matéria. Cabia, ainda, à *Direcção-Geral de Saúde* propor a obrigatoriedade da vacinação contra determinadas doenças infecciosas e determinar o internamento obrigatório dos doentes contagiosos, sempre que o perigo de contágio fosse real<sup>1984</sup>.

Na verdade, a lei contemplava o isolamento social dos doentes com doenças contagiosas, chegando ao ponto de prever a criação de escolas para tracomatosos, como assim designavam as crianças com tracoma, “sempre que o número destes em idade escolar e o perigo de contágio para os alunos são o justifiquem”<sup>1985</sup>. Sempre que se observasse perigo imediato e grave de contágio, os doentes eram obrigatoriamente internados, tais como os que se recusassem a iniciar ou prosseguir os tratamentos ou a abster-se de actos passíveis de transmitir a doença. Através desta lei, os médicos viam-se, também, obrigados a comunicar a suspeita ou o diagnóstico de doença contagiosa, num prazo de 48 horas ao delegado ou subdelegado de saúde da sua área.

A assistência aos doentes contagiosos era assegurada pelas delegações e subdelegações de saúde, pelos dispensários centrais de Lisboa e do Porto, pelos dispensários subregionais, pelos hospitais e pelas brigadas móveis. Às delegações e subdelegações de saúde competia orientar a acção profiláctica na sua área, tratar em regime ambulatorio os doentes contagiosos, e promover o isolamento ou internamento dos que ofereciam perigo de contágio. A estes órgãos também competia orientar inquéritos epidemiológicos e organizar mapas de vacinação. Aos hospitais e enfermarias competentes nesta área, cumpria tratar e isolar, em regime de internamento, os doentes e os suspeitos. Às brigadas móveis competia uma acção profiláctica e terapêutica no domicílio<sup>1986</sup>.

O órgão mais preponderante na luta contra as doenças infecciosas era, sem margem de dúvida, o dispensário. Estes serviços reuniam uma acção profiláctica, terapêutica e educativa, adoptando técnicas laboratoriais, métodos de diagnóstico, através dos seus laboratórios próprios ou mediante acordos com os existentes noutros serviços. Os encargos da assistência aos doentes contagiosos eram também legislados pela Lei nº. 2036, mantendo-se a responsabilidade individual e familiar, como nos outros tipos de assistência. Os municípios estavam, contudo, alheados do pagamento das despesas sanitárias destes doentes, neles domiciliados.

---

<sup>1984</sup> Cf. LEI nº. 2036. *Diário do Governo, I Série*. 175 (1949-08-09), p. 559.

<sup>1985</sup> *Ibidem*, p. 560.

<sup>1986</sup> *Ibidem*, p. 561.

Encargos da Assistência aos Doentes Contagiosos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º) Os assistidos, seus cônjuges, ascendentes e descendentes;</li> <li>• 2º) Instituições de previdência social (excepto Casas do Povo e Casas dos Pescadores) para efeito de prestação de assistência na doença, para os sócios e familiares;</li> <li>• 3º) Estado, por força das dotações destinadas à luta contra doenças infecciosas;</li> <li>• 4º) Estabelecimentos ou serviços que prestem assistência por conta de receitas próprias.</li> <li>• A observação dos doentes suspeitos e as análises necessárias ao diagnóstico da doença dos pobres e indigentes eram gratuitas nos estabelecimentos e serviços oficiais;</li> <li>• As vacinações e revacinações eram sempre gratuitas nos estabelecimentos oficiais.</li> </ul>

**Tab. 54:** Encargos da assistência aos doentes contagiosos, segundo a Lei nº. 2036 (1949).

Em 1950, foi publicada a Portaria nº. 13031, que veiculava uma tabela com as doenças contagiosas de declaração obrigatória, substituindo a Portaria nº. 10169, de 22 de Agosto de 1942. Das catorze patologias publicadas no diploma de 1942, notou-se uma evolução para vinte e sete doenças de declaração obrigatória, passando a lista a incluir as bruceloses, a tosse convulsa e o tracoma, entre outras novas afecções<sup>1987</sup>. Em 1957, foi publicada nova portaria, que agregou mais duas novas patologias de declaração obrigatória às vinte sete anteriores: a raiva e o tétano<sup>1988</sup>. Em 1960, nova portaria juntou apenas mais uma patologia ao quadro das anteriores: a tuberculose do aparelho respiratório e outras formas de tuberculose<sup>1989</sup>.

Em 1952, no *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*, defendeu-se a intensificação da campanha de imunização activa das crianças contra doenças infecciosas, nomeadamente o alargamento e a intensificação da campanha de vacinação antituberculosa, devidamente registada numa caderneta sanitária de imunizações<sup>1990</sup>. A este nível, não podemos deixar de fazer referência à importância de uma publicação direccionada também para o ensino da medicina social, *Os Nossos Filhos*, que frequentemente apelava para a importância da vacinação, para além de ensinar a reduzir a possibilidade de contágio de doenças infecciosas, patente em diversos artigos<sup>1991</sup>.

<sup>1987</sup> Cf. PORTARIA nº. 13031. *Diário do Governo, I Série*. 4 (1950-01-05), p. 1.

<sup>1988</sup> Cf. PORTARIA nº. 16523. *Diário do Governo, I Série*. 294 (1957-12-27), p. 5.

<sup>1989</sup> Cf. PORTARIA nº. 18143. *Diário do Governo, I Série*. 294 (1960-12-21), p. 2798.

<sup>1990</sup> Cf. BESSA, José dos Santos [et al], *op. cit.*, p. 52.

<sup>1991</sup> Cf. PESSOA, Ana Maria Vicente, *op. cit.*, p. 989.

Em 1955, Cayolla da Motta, médico da *Direcção-Geral de Saúde*, dos serviços técnicos de profilaxia das doenças infecciosas e sociais, apresentou um artigo acerca das campanhas de vacinação realizadas entre 1946 e aquele ano. Nele, falava sobre as dificuldades com que se deparavam delegados e subdelegados de saúde e médicos municipais, nomeadamente a ignorância e a incredulidade das pessoas e o desleixo das populações sem qualquer tipo de educação sanitária<sup>1992</sup>.

Em 1956, o *Boletim de Informação dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* publicou um artigo que indicava a prevalência, no nosso território, de 2 casos de cólera e 8 casos de febre-amarela. De imediato, o *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* pediu a rectificação destes números, considerados errados e capazes de suscitar alarme ao nível da opinião pública nacional, internacional e médica, espelho da falta de coordenação entre os diversos sectores ligados à saúde<sup>1993</sup>, como já referimos.

Em 1957, Portugal ratificou o regulamento adicional adoptado pela 9ª *Assembleia Mundial de Saúde*, assinado em Genebra, em Maio de 1956, que alterava o *Regulamento Sanitário Internacional*, de 1953. Este regulamento adicional estava ligado ao modelo de certificado internacional de vacinação ou revacinação contra a varíola<sup>1994</sup>.

Em 1958, com a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, uma das preocupações do novo ministro, Martins de Carvalho, era de tornar progressivamente obrigatórias as vacinas contra a tosse convulsa, tétano, difteria, febres tifóides e contra outras causas de mortalidade infantil<sup>1995</sup>.

Durante os primeiros anos do Estado Novo, em termos de vacinação, podemos registar essencialmente uma preocupação na inoculação da difteria, da varíola e da raiva. Como podemos observar, a evolução da vacinação contra a varíola foi composta por altos e baixos, tendo dois picos – em 1947 e 1957 – aumentando novamente a partir

---

<sup>1992</sup> Cf. CAYOLLA DA MOTTA, L. – Vacinações. In *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, n.º 2, vol. II, Abril/Junho, 1955, p. 77-87.

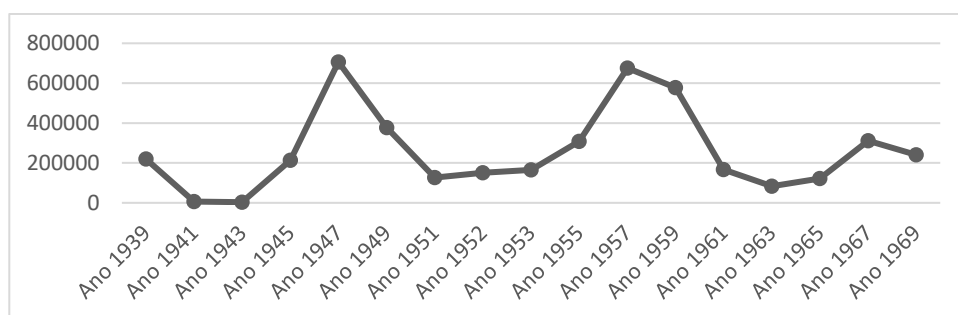
<sup>1993</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10 A, pt. 12.

<sup>1994</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 41304. *Diário do Governo*, I Série. 222 (1957-10-01), p. 940-942.

<sup>1995</sup> Cf. O Discurso de Sua Excelência o Ministro da Saúde e da Assistência no Congresso das Misericórdias, p. 133.

de 1963, reflectindo a implementação do Plano Nacional de Vacinação<sup>1996</sup>. O ano de 1954 foi o primeiro ano em que não ocorreu qualquer caso de varíola em Portugal<sup>1997</sup>. Note-se que a erradicação desta doença observou-se em território continental desde 1954, conforme notou Martins de Carvalho na *XII Assembleia Mundial de Saúde*, da O.M.S.<sup>1998</sup>.

Entre 1939 e 1959, estas vacinas eram administradas essencialmente em postos fixos, existindo escassos postos móveis<sup>1999</sup>. Pelo menos entre 1951 e 1959, estas vacinas eram fornecidas a estabelecimentos de ensino, de assistência e outros estabelecimentos para a sua administração. Os “outros estabelecimentos”, os que recebiam maior número de imunizações, eram, em nosso entender, os hospitais, postos médicos e maternidades. Os estabelecimentos de ensino e de assistência, durante este período, receberiam uma quantidade mínima destas inoculações<sup>2000</sup>.



**Gráf. 181:** Evolução do total de vacinações contra a varíola (1939-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1940-1970)]<sup>2001</sup>.

No que era relativo à vacinação contra a difteria, apesar de começar a ser ministrada desde o início do regime, como a respeitante à varíola, era-o em muito menor escala até ao início da década de sessenta, quando se inverteu esta situação. Observou-se, contudo, um crescimento da sua administração ao longo dos anos, com um pico em

<sup>1996</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1970].

<sup>1997</sup> Cf. CAYOLLA DA MOTTA, L., *op.cit.*, p. 78.

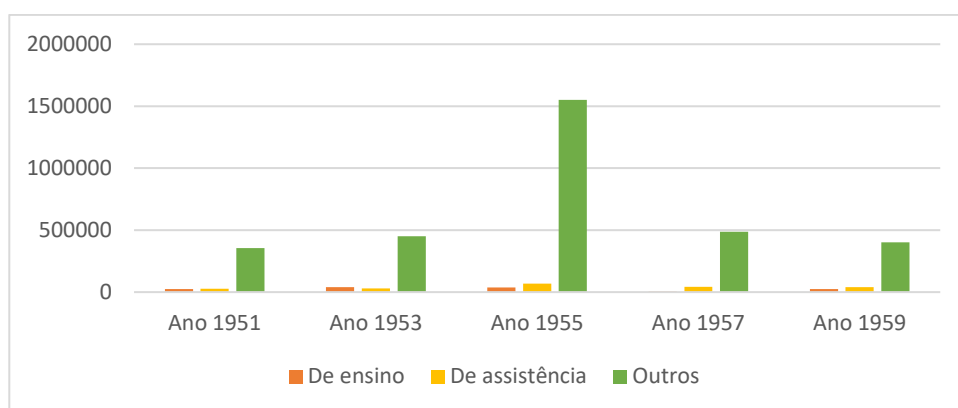
<sup>1998</sup> Cf. Portugal na XII Assembleia Mundial de Saúde da O.M.S., em Genebra, p. 164.

<sup>1999</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1959]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1960].

<sup>2000</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1951-1959]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1960].

<sup>2001</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

1957 e um outro, em 1967<sup>2002</sup>. Durante este período, pelo menos até 1955, estas vacinas eram fornecidas quer em postos fixos, quer em postos móveis, embora os postos fixos liderassem<sup>2003</sup>. Tal como acontecia com as vacinas antivariólicas, entre 1951 e 1959, estas foram fornecidas a estabelecimentos de assistência e a “outros estabelecimentos”<sup>2004</sup> que, mais uma vez, pensamos ser hospitais, postos médicos ou maternidades, como veremos em seguida.



**Gráf. 182:** Evolução do total de vacinações contra a varíola fornecidas a estabelecimentos (1951-1959)

[Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1952-1960)]<sup>2005</sup>.

Cayolla da Motta, em 1955, assumia que a vacinação antidiftérica era daquelas que proporcionava maior imunização e que merecia um largo emprego entre a infância. Em Portugal, segundo o médico, impunha-se esta imunização, em virtude das elevadas taxas de mortalidade e morbilidade devidas a esta doença. Na sua opinião, eram os pais que não entendiam o alcance desta vacina, recusando a sua administração aos filhos<sup>2006</sup>.

<sup>2002</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1970].

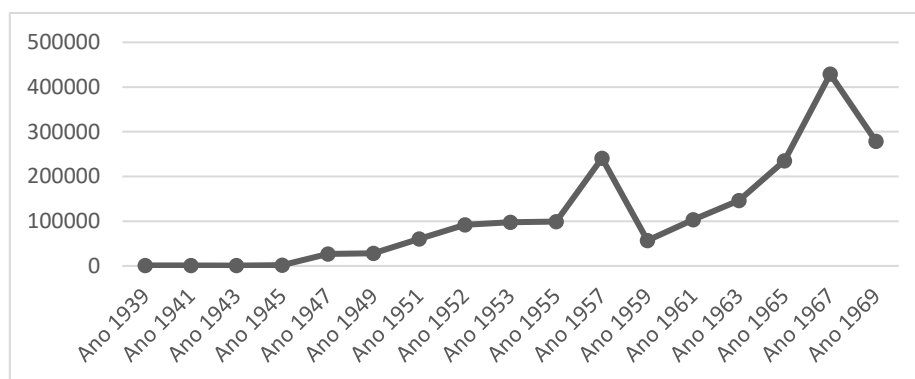
<sup>2003</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1956].

<sup>2004</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1951-1959]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1960].

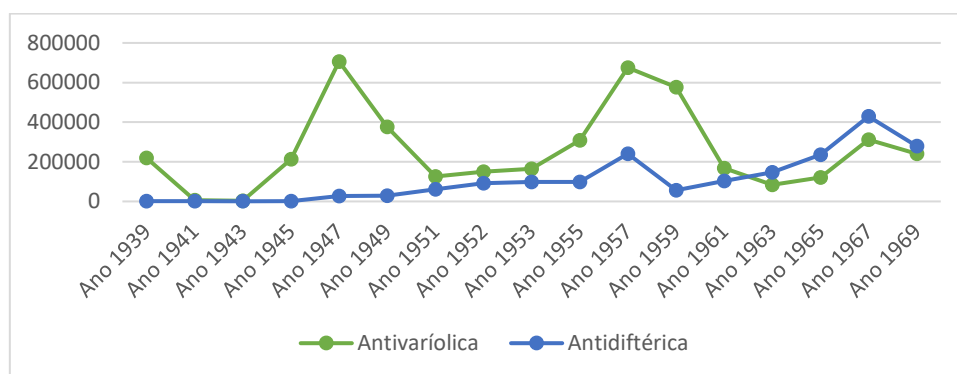
<sup>2005</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2006</sup> Cf. CAYOLLA DA MOTTA, L., *op.cit.*, p. 79.

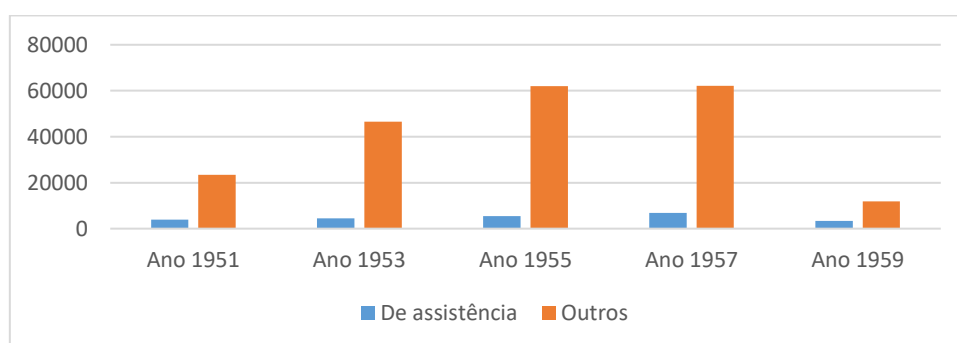




**Gráf. 183:** Evolução do total de vacinações antidiftéricas (1939-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1940-1970)]<sup>2007</sup>.



**Gráf. 184:** Evolução comparada da vacinação antivariólica e antidiftérica (1939-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1940-1970)]<sup>2008</sup>.



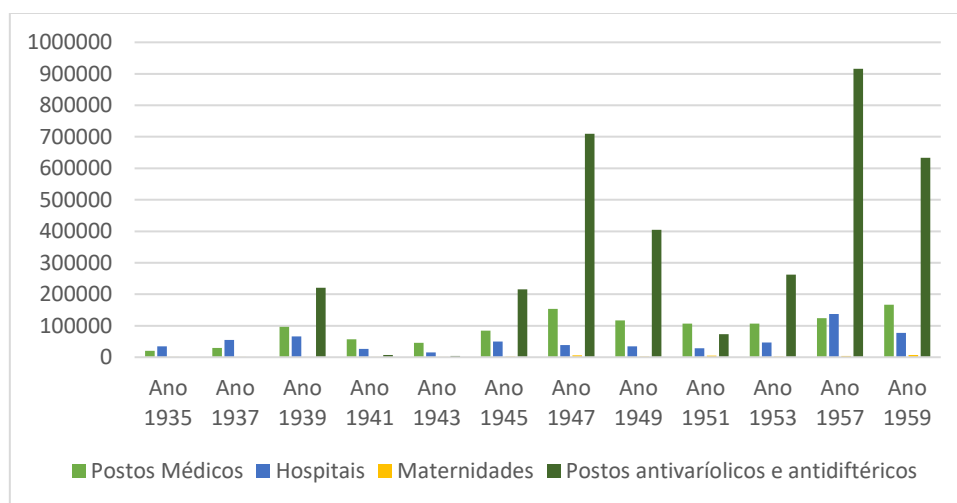
**Gráf. 185:** Vacinações antidiftéricas fornecidas a estabelecimentos de assistência e outros (1951-1959) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1952-1960)]<sup>2009</sup>.

<sup>2007</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2008</sup> Idem.

<sup>2009</sup> Idem.

Na verdade, para além de serem administradas em postos, fixos ou móveis, estas vacinas eram também fornecidas em hospitais, postos médicos, maternidades e dispensários. Conseguimos reunir alguns dados, entre 1935 e 1959. Na verdade, os postos vacínicos liderariam a administração das inoculações a partir da segunda metade da década de quarenta. Contudo, estas instituições eram seguidas pelos postos médicos, relativamente ao número de vacinas ministradas<sup>2010</sup>.



**Gráf. 186:** Evolução dos locais de vacinação (1935-1959) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1936-1960)]<sup>2011</sup>.

No que era relativo à dependência patrimonial das vacinas, apenas conseguimos reunir dados para o ano de 1959. Nesse ano, 86% das vacinas pertenciam ao Estado, seguido bem de longe pelos particulares (6%), pelos organismos corporativos (3%), pelos corpos e autoridades administrativas (3%) e pelas misericórdias (2%)<sup>2012</sup>.

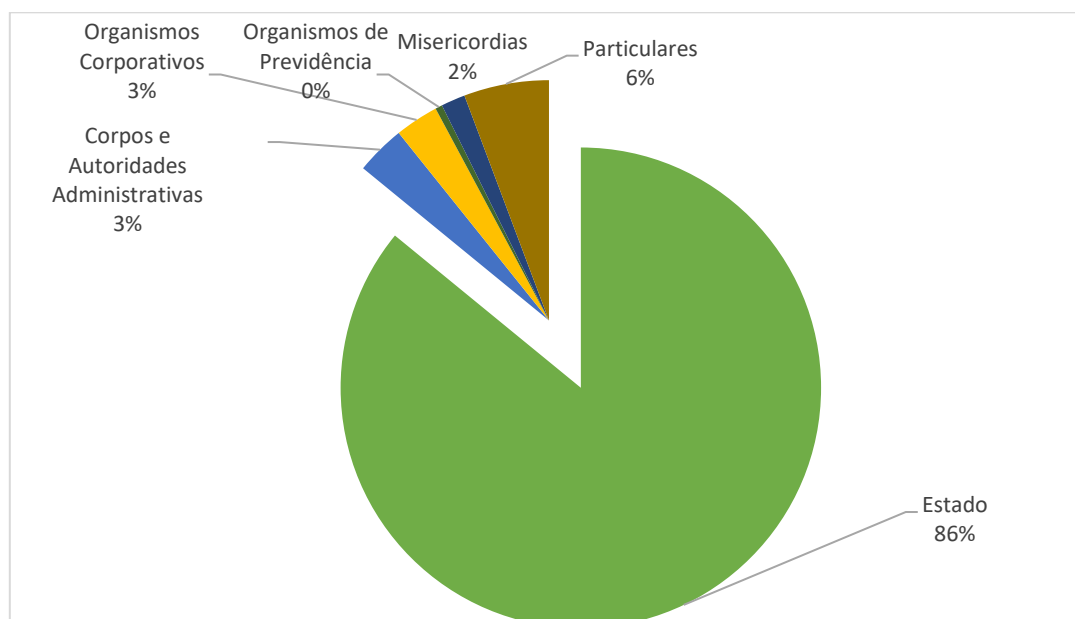
Cayolla da Motta, em 1955, assumia que a vacinação contra a tosse convulsa ainda não se havia difundido, não existindo uma campanha de vacinação massiva a este nível. Para além de uma maior educação sanitária das populações era necessária, na opinião do médico, uma maior participação dos médicos neste tipo de campanhas. No que era relativo à vacinação contra a febre tifóide e paratifoide, o autor assumia que era uma vacina mal aceite pelas populações, pelo conhecimento de alguns casos fatais, ministrada apenas em indivíduos mais expostos e não indiscriminadamente. Na verdade,

<sup>2010</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1935-1959]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1960].

<sup>2011</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2012</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano 1959*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1960.

o médico assumia que aquele não parecia ser o método mais eficaz de profilaxia da doença, sendo a educação para a saúde e o melhoramento das condições de salubridade os melhores remédios<sup>2013</sup>.



**Gráf. 187:** Dependência patrimonial das vacinas em 1959 [Fonte: *Anuário Estatístico de Portugal: Ano 1959*]<sup>2014</sup>.

O autor aproveitava, ainda, para sublinhar a gratuidade das vacinações e revacinações realizadas pelos serviços da *Direcção-Geral de Saúde* e da *Direcção-Geral dos Desportos, Educação Física e Saúde Escolar*. Terminava com a missiva: “se os resultados não são brilhantes, são todavia compensadores e claramente se repercutem num mais elevado nível de saúde pública”<sup>2015</sup>.

A partir da década de sessenta, para além da vacinação antivariólica e antidiftérica, começou-se a registar a vacinação contra a febre tifóide, a tosse convulsa, o tétano e a poliomielite. Martins de Carvalho, em 1961, em entrevista ao *Jornal O Médico*, registava o enorme esforço realizado pelo *Ministério da Saúde e Assistência*,

<sup>2013</sup> Cf. CAYOLLA DA MOTTA, L., *op.cit.*, p. 81.

<sup>2014</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2015</sup> Cf. CAYOLLA DA MOTTA, L., *op.cit.*, p. 82.

em colaboração com o *Ministério das Finanças*, para intensificar a vacinação tríplice (contra a tosse convulsa, antidiftérica e antitetânica) e a vacinação antipoliomielítica<sup>2016</sup>.

No Parecer da *Câmara Corporativa* referente ao *Estatuto da Saúde e Assistência*, datado de 1961, era realizado o ponto da situação, em termos de doenças infecciosas, em Portugal. No que dizia respeito à varíola, esta parecia ter deixado de ser um problema sanitário desde 1953, quando se havia registado o último caso desta doença em Portugal. No que era relativo à febre tifóide, a mortalidade por aquela doença tinha claramente reduzido devido às novas armas terapêuticas. Existia, pois, a necessidade de proteger as populações rurais, através da aplicação da vacinação<sup>2017</sup>.

Quanto ao sarampo, os progressos não pareciam ser extraordinários, observando-se, contudo, uma melhoria quanto à mortalidade. Relativamente à difteria, a evolução era também positiva em termos de mortalidade, embora aquele órgão consultivo insistisse pelo reforço da vacinação das crianças. A poliomielite era, também, uma afecção a ter em conta, existindo necessidade da vacinação das crianças contra a doença. Por seu turno, o tracoma era, ainda, uma doença preocupante, uma das principais causas de cegueira e, por isso, tinha de ser combatido<sup>2018</sup>.

O mesmo documento demonstrava as taxas de morbilidade e de mortalidade por algumas doenças infecciosas durante a última década<sup>2019</sup>. Observava-se, pois, uma flagrante quebra da morbilidade por febre tifoide, nomeadamente a partir do início dos anos cinquenta, tal como era o caso da difteria e uma quase erradicação da varíola. Contudo, a poliomielite tinha tendência a aumentar a sua morbilidade na década anterior. Também a morbilidade por febre tifoide e difteria, apesar das suas curvas decrescentes, no final dos anos cinquenta parecia ter tendência a subir. Em termos de mortalidade, observamos um semelhante decréscimo provocado por estas patologias, durante o período em estudo, embora, a este nível, a partir de 1953, a difteria passasse a ser uma causa de morte mais importante do que a febre tifoide.

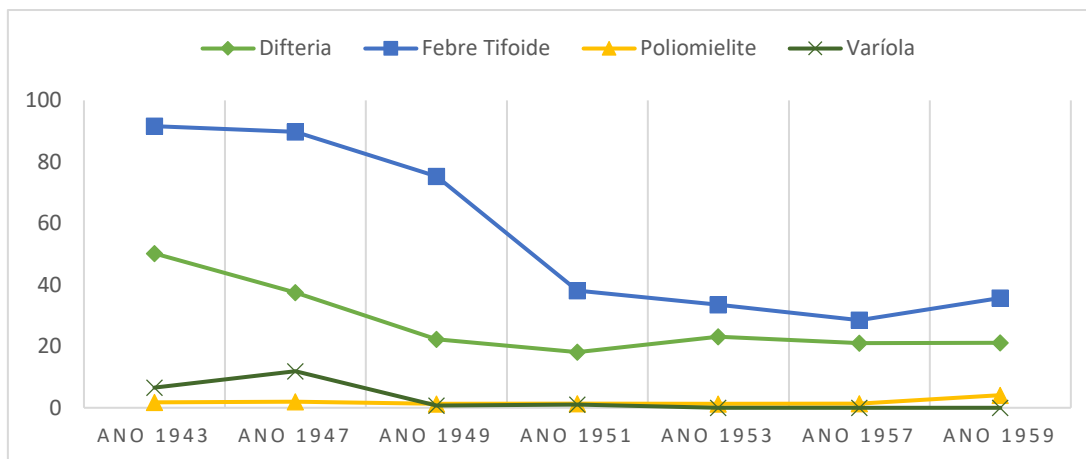
---

<sup>2016</sup> Cf. O Plano de Sanidade Mental e a Nova Lei Hospitalar: A Obra do Ministério da Saúde e Assistência, p. 235.

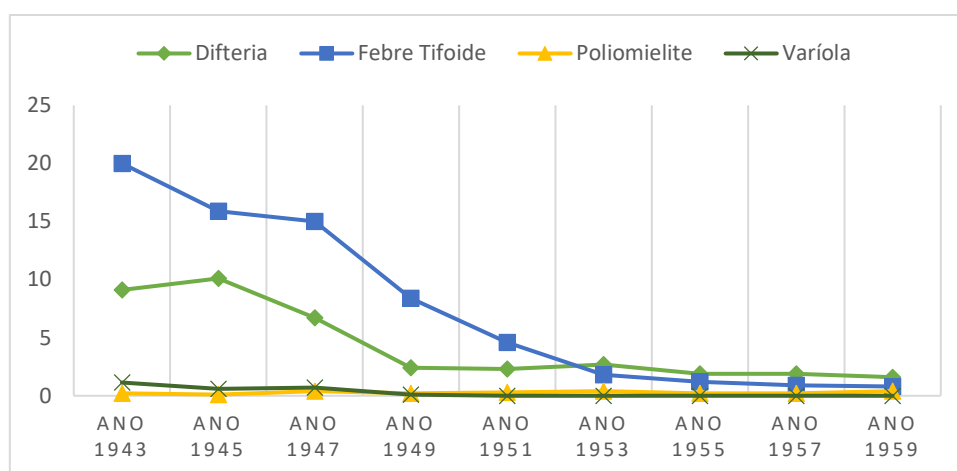
<sup>2017</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1390.

<sup>2018</sup> Ibidem, p. 1390.

<sup>2019</sup> Ibidem, p. 1436-1437.



**Gráf. 188:** Taxa de morbidade de algumas doenças infecciosas por 100.000 habitantes [Fonte: PARECER n°. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA]<sup>2020</sup>.



**Gráf. 189:** Taxa de mortalidade por algumas doenças infecciosas por 100.000 habitantes [Fonte: PARECER n°. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA]<sup>2021</sup>.

Em 1962, pelo Decreto-Lei n°. 44198, passava a ser obrigatória a vacinação antidiftérica e antitetânica. Isto porque, conforme consta no preâmbulo do diploma, apesar da gratuidade desta vacinação, o seu número não correspondia ao esperado. Nesse sentido, a primeira dose destas vacinas seria ministradas entre os 3 e os 6 meses de idade, com um primeiro reforço entre os 18 e os 24 meses, e um segundo reforço entre os 5 e os 7 anos de idade. Nenhuma criança com menos de 10 anos podia frequentar qualquer estabelecimento de ensino ou propor-se a exame sem que fosse vacinada contra a difteria. Depois dos 7 anos de idade, a vacinação antitetânica passava

<sup>2020</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2021</sup> Idem.

a ser obrigatória de 5 em 5 anos, não sendo possível realizar qualquer tipo de funções públicas sem esta vacina<sup>2022</sup>. Contudo, durante os primeiros anos de inoculação obrigatória sentiu-se alguma carência de vacinas, insuficientes para a população que urgia vacinar, sendo constantemente prorrogados os prazos estabelecidos para a sua efectivação<sup>2023</sup>.

Desde o início da década registou-se um claro aumento do número de vacinados, aumento mais notório a partir de 1965, possivelmente incrementado pela implementação de um plano nacional de vacinação. A vacina que registou maior crescimento, nesta década, foi a antitetânica, seguida, a partir de 1965, pela antipoliomielite<sup>2024</sup>.

No *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, observamos menção, no campo das doenças transmissíveis, das patologias erradicadas, daquelas cuja mortalidade havia sido sensivelmente reduzida, das que estavam num nível estacionário e, ainda, das que apresentavam uma tendência de crescimento. Como principais doenças erradicadas constavam a varíola, o tifo, a raiva humana e o *Aedes aegypti*, transmissor da febre-amarela. Estava, também, alcançada a erradicação do paludismo. Sensivelmente reduzidas seriam doenças como as bruceloses, disenterias bacilares, escarlatinas, febre tifoide e paratifoide, lepra, meningite meningocócica, tracoma, sífilis e outras doenças venéreas. Em nível estacionário, permaneciam a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a febre tifoide. Com tendência crescente, encontravam-se a encefalite infecciosa aguda e a poliomielite<sup>2025</sup>.

Do ponto de vista da vacinação, o relatório do *Plano Intercalar de Fomento* referia a ocorrência de 11 milhões de inoculações, entre 1953 e 1962. A vacinação antitetânica requeria, segundo os autores do diploma, ainda mais intensidade, dadas as elevadas taxas de mortalidade pela doença. A vacina antidiftérica requeria, também, especial atenção, na medida em que Portugal era um dos países de mais alta taxa de mortalidade pela doença<sup>2026</sup>.

---

<sup>2022</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 44198. *Diário do Governo, Série I*. 38 (1962-02-20), p. 153.

<sup>2023</sup> Cf. PORTARIA nº. 20371. *Diário do Governo, Série I*. 38 (1964-02-14), p. 278.

<sup>2024</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1961-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1962-1970].

<sup>2025</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 877.

<sup>2026</sup> IDEM – *Ibidem*, p. 879.

A 4 de Outubro de 1965, o ministro da Saúde e Assistência, Neto de Carvalho, publicitou a implementação de um programa de educação sanitária e vacinação, que iria ser lançado pelo seu ministério, em colaboração com a *Fundação Calouste Gulbenkian*. O seu objectivo era vencer a poliomielite, a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a tuberculose, e manter o estado de erradicação da varíola. Pretendia-se, pois, pôr ao alcance de toda a população a vacinação das crianças contra estes males<sup>2027</sup>.

Para que se atingisse um estado de imunização colectiva, seria necessário que, pelo menos, 75% da população abrangida fosse vacinada, o que se previa nos dois anos seguintes. Por tal, o programa desenvolvia-se em duas fases: uma primeira fase, a fase de ataque, quando se pretendia vacinar até 75% da população susceptível de contrair estas doenças. Numa segunda fase, a fase de manutenção, pretendia-se garantir o estado de imunização dos já vacinados e ir vacinando os recém-nascidos. Contudo, como grande parte da população estava por vacinar, a primeira fase seria muito mais dispendiosa, calculando-se uma necessidade de 5 milhões de vacinações. Para tal, estava em marcha a criação de postos fixos de vacinação. Enquanto nas cidades estavam previstos vários postos desta natureza, nas restantes localidades apenas seria garantido um posto em cada sede de concelho<sup>2028</sup>.

Contudo, para além dos meios materiais, tornava-se, da mesma forma, necessária a adesão das populações, que conhecessem os postos de vacinação e se dispusessem a frequentá-los. Para tal, tornava-se necessária a imprensa diária e regional, a radio e a televisão. O programa estava orçado em 30.000 contos para os dois anos seguintes, sendo metade desta quantia concedida, sob a forma de donativo, pela *Fundação Calouste Gulbenkian*<sup>2029</sup>.

---

<sup>2027</sup> Cf. NETO DE CARVALHO, Francisco – Conferência de imprensa realizada no S.N.I., em 4 de Outubro de 1965, na qual foram anunciados, por S. Ex<sup>a</sup>. o Ministro da Saúde e Assistência, os Programas de Vacinação e de Educação Sanitária. In VAN ZELLER, Maria Luísa [et al.] – *Programa Nacional de Vacinação (P.N.V.)*. Lisboa: Sociedade Tipográfica Ld<sup>a</sup>, 1968, p. 53; DECRETO-LEI n.º. 46628. *Diário do Governo, Série I*. 244 (1965-11-05), p. 121.

<sup>2028</sup> Cf. NETO DE CARVALHO, Francisco – Conferência de imprensa realizada no S.N.I., em 4 de Outubro de 1965, na qual foram anunciados, por S. Ex<sup>a</sup>. o Ministro da Saúde e Assistência, os Programas de Vacinação e de Educação Sanitária, p. 61.

<sup>2029</sup> IDEM - Ibidem, p. 61.

# Plano Nacional de Vacinação

**Vacina Tríplice (antidiftérica, antitetânica, antipertussis)** - crianças até aos 4 anos de idade;

**Vacina Dupla (antidiftérica e antitetânica)** - crianças dos 5 aos 9 anos de idade;

**Vacina Antidiftérica** - adultos com actividades de risco;

**Vacina Antivariólica** - toda a população que carecesse ser vacinada ou revacinada;

**Vacina Antipoliomielítica** - crianças até aos 9 anos;

**Vacina Antituberculosa (BCG)** - recém-nascidos, crianças e adolescentes.

**Tab. 55:** Plano Nacional de Vacinação, na sua fase inicial, em 1965.

Em Setembro de 1965, seria o ministro da Saúde e Assistência autorizado a receber, da *Fundação Calouste Gulbenkian*, um donativo destinado à realização de um programa intensivo de vacinação contra a poliomielite, a difteria, o tétano e a tosse convulsa. Para a implementação de um plano nacional de vacinação mais generalizado, com maior celeridade, a Fundação decidiu conceder um vultuoso subsídio, no montante de 15.000 contos, integrado nas comemorações do 10º aniversário da morte do fundador<sup>2030</sup>.

Nesse sentido, segundo legislação específica, nenhuma criança com menos de 10 anos poderia frequentar ou fazer exame em qualquer estabelecimento de ensino sem comprovar que se encontrava devidamente imunizada contra a difteria. Para tal, seria criado o Boletim Individual de Saúde, entregue de forma gratuita<sup>2031</sup>. Para além dos 7 anos, a vacinação antitetânica era obrigatória de cinco em cinco anos para indivíduos com profissões de risco. Da mesma forma, nenhum indivíduo poderia frequentar ou fazer exame em qualquer estabelecimento de ensino, ou ser admitido em quaisquer funções públicas, dos corpos administrativos, dos organismos corporativos e de

<sup>2030</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 46533. *Diário do Governo, Série I*. 204 (1965-09-09), p. 1192.

<sup>2031</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 46621. *Diário do Governo, Série I*. 244 (1965-10-27), p. 800.



coordenação económica, ou das pessoas colectivas de utilidade pública administrativa, sem o comprovativo de imunização contra o tétano<sup>2032</sup>.

## Esquema Geral de Vacinações

<b>À nascença:</b> B.C.G.
<b>Aos 3 meses:</b> 1ª dose da vacina antipoliomielítica, 1ª injeção da vacina tríplice D.T.C.
<b>Aos 4 meses:</b> 2ª injeção da vacina tríplice D.T.C.
<b>Aos 5 meses:</b> 2ª dose da vacina antipoliomielítica, 3ª injeção da vacina tríplice D.T.C.
<b>Aos 6 meses:</b> vacina antivaríolica
<b>Aos 12 meses:</b> 4ª injeção da vacina tríplice D.T.C.
<b>Aos 18 meses:</b> 3ª dose da vacina antipoliomielítica
<b>Dos 5 aos 7 anos:</b> reforço da vacinação antipoliomielítica, reforço da vacinação contra a difteria, tétano e tosse convulsa, revacinação antivaríolica,
<b>De 5 em 5 anos:</b> reforço de vacinações antivaríolica e antitetânica

**Tab. 56:** Esquema geral de vacinações, segundo despacho do ministro da Saúde e Assistência, de 11 de Janeiro de 1965, para ser adoptado em todas as instituições dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*<sup>2033</sup>.

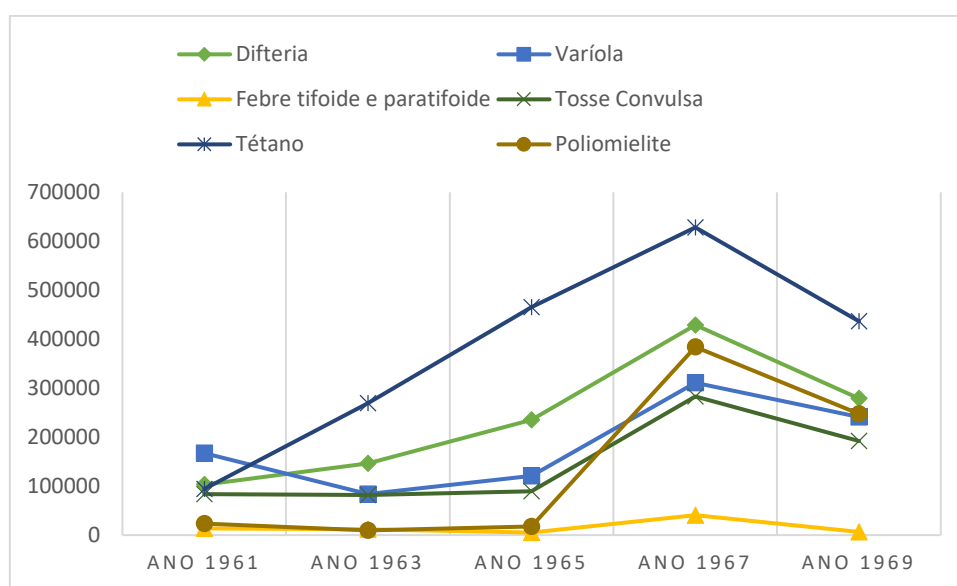
No *III Plano de Fomento*, observa-se a menção aos progressos em consequência do Plano Nacional de Vacinação, nomeadamente ao nível da difteria, do tétano e da tosse convulsa. Acreditava-se, também, numa acção benéfica sobre as febres tifóides e paratifóides partindo da promoção do saneamento das zonas rurais. Era, pois, segundo o documento, essencial prosseguir a vacinação e a educação sanitária das populações,

<sup>2032</sup> Cf. NETO DE CARVALHO, Francisco – Conferência de imprensa realizada no S.N.I., em 4 de Outubro de 1965, na qual foram anunciados, por S. Ex<sup>a</sup>. o Ministro da Saúde e Assistência, os Programas de Vacinação e de Educação Sanitária, p. 64.

<sup>2033</sup> Cf. Normas de vacinação. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XVI, n<sup>o</sup>. 158-159-160, Agosto-Setembro-Outubro, 1965, p. 58-59.

bem como o combate às doenças infecciosas endémicas rurais e doenças parasitárias. Nesse sentido, o *III Plano de Fomento* reservava verbas para a educação sanitária da população (5.400 contos), para campanhas de vacinação (12.000 contos) e para uma campanha de combate às doenças parasitárias (40.000 contos)<sup>2034</sup>. No total, estes investimentos corresponderiam a 2,5% do total de verbas canalizadas para o sector da saúde.

Do ponto de vista do financiamento estatal para a profilaxia de doenças infecciosas e combate a epidemias, observou-se uma reserva de verbas, por parte da *Direcção-Geral de Saúde*, nomeadamente a partir de 1947. Se, na fase inicial, as verbas orçamentadas seriam bastante apreciáveis, ao longo da década de cinquenta foram mantidas e diminutas, aumentando drasticamente a partir de 1965. Em comparação com a despesa total da *Direcção-Geral de Saúde*, que seria sempre crescente, a despesa com a profilaxia de doenças infecciosas e no combate a epidemias seria, durante a década de cinquenta e o início da década de sessenta, de apenas 6 a 7 % da sua despesa total. A partir de 1967 há um aumento de verbas orçamentais destinadas a esta área, passando a congregar 17% do total orçamental previsto para a *Direcção-Geral de Saúde*<sup>2035</sup>.

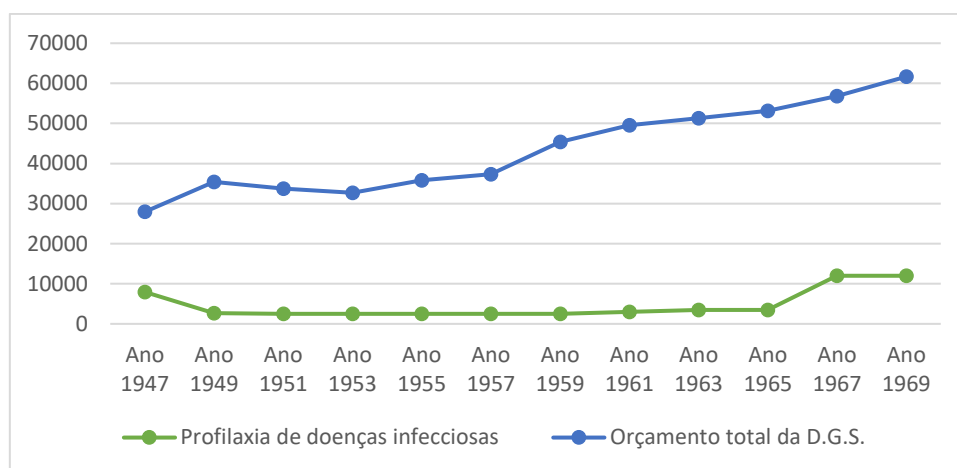


**Gráf. 190:** Evolução do total de vacinados (1961-1969) [Fonte: *III Plano de Fomento para 1968-1973*]<sup>2036</sup>.

<sup>2034</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8775.

<sup>2035</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1947-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1970].

<sup>2036</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



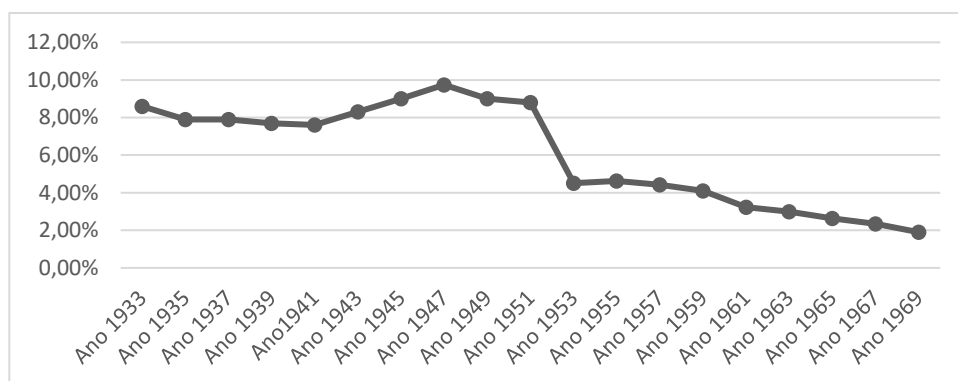
**Gráf. 191:** Evolução comparada da despesa total orçamentada da D.G.S. e da despesa deste organismo com a profilaxia de doenças infecciosas e o combate a epidemias (1947-1969) – em contos [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de (1947-1970)*]<sup>2037</sup>.

### 3.1. A Luta contra a Tuberculose

A tuberculose foi um flagelo social durante a primeira metade do século XX. Ao contrário dos restantes países europeus onde o número de doentes era cada vez menor, a mortalidade por tuberculose, entre 1900 e 1930 aumentou, no nosso país, 58,1%. Em 1940, calculava-se que existia um tuberculoso por 100 habitantes, sendo o seu total de 77.702, espalhados por todo o território. Cálculos mais precisos estimavam que morria, em Portugal, um tuberculoso de 35 em 35 minutos. No que era relativo às crianças, a situação era, ainda, mais grave. Em 1940, 23.790 crianças até aos 12 anos estavam em perigo de contaminação iminente por viverem com parentes doentes, isto era, uma criança em cada 88. No que era relativo à mortalidade infantil por tuberculose, a taxa registada em Portugal era cinco vezes superior à registada, por exemplo, na Holanda<sup>2038</sup>.

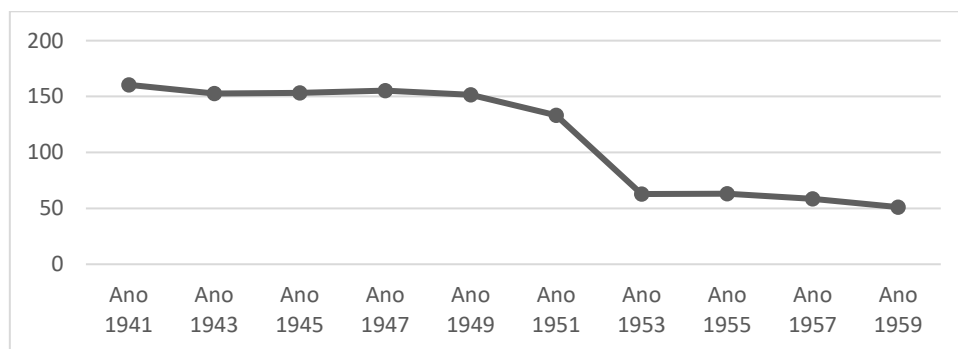
<sup>2037</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2038</sup> Cf. ANJO, A. César – *A Luta Anti-Tuberculosa*. Lisboa: Empresa Contemporânea de Edições Lda, [s.d.], p. 5-6.



**Gráf. 192:** Evolução percentual da mortalidade por tuberculose pulmonar, em relação à mortalidade geral (1933-1969) – em percentagem [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>2039</sup>.

Em Portugal, a mortalidade por tuberculose pulmonar, durante o Salazarismo, foi sempre muito elevada, crescendo durante a década de quarenta. Contudo, a partir do início da década de cinquenta, observou-se um grande decréscimo da mortalidade causada por esta doença (*vide* gráfico 192)<sup>2040</sup>. Em 1944, seria utilizada, pela primeira vez, a estreptomicina, um medicamento com excelente resultado contra a tuberculose<sup>2041</sup>.



**Gráf. 193:** Taxa de mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes (1941-1959) [Fonte: PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA]<sup>2042</sup>.

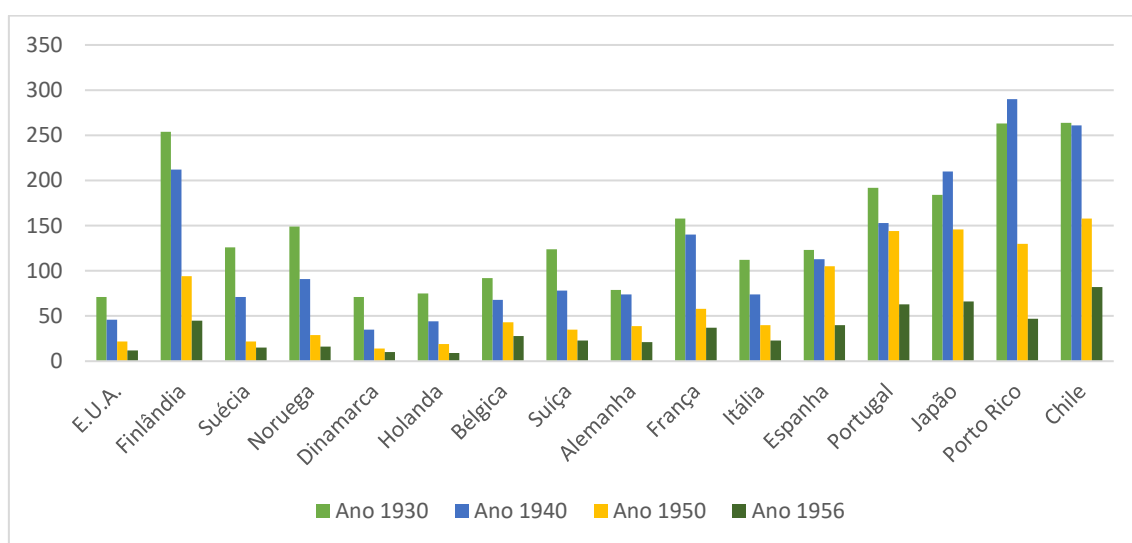
<sup>2039</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2040</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

<sup>2041</sup> IDEM –*Ibidem*.

<sup>2042</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

Do ponto de vista internacional, Portugal era um dos países com mais alta letalidade por tuberculose a nível europeu. Joaquim Lemos de Mendonça, médico, subdirector do I.A.N.T. e ex-secretário do *Ministério do Interior*, apresenta-nos, em 1957, os números da mortalidade por tuberculose numa grelha analítica comparativa entre Portugal e vários países da Europa, África, América e Oriente<sup>2043</sup>. Na verdade, parece-nos intencional a inclusão de uma malha alargada de países nesta grelha, nomeadamente países em vias de desenvolvimento, como o Japão (devastado pela guerra), Porto Rico ou Chile, detentores de elevadas taxas de mortalidade pela doença, que parecem suavizar os números relativos ao nosso país, retirando-o do topo da lista.



**Gráf. 194:** Evolução comparada entre a taxa de mortalidade por tuberculose portuguesa e de outros países, por 100.000 habitantes (1930-1956), segundo Joaquim de Lemos Mendonça [Fonte: MENDONÇA, Joaquim Lemos de – A Luta contra a Tuberculose: Breves Considerações]<sup>2044</sup>.

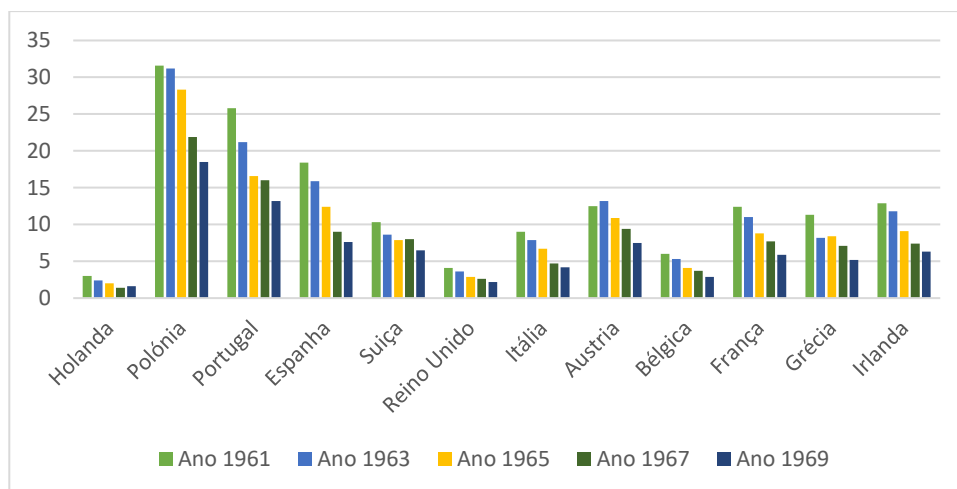
Segundo os números relativos à década de sessenta, veiculados pela O.C.D.E.<sup>2045</sup>, encontramos Portugal como um dos países europeus membros com maior taxa de mortalidade por tuberculose, apenas ultrapassado, a este nível, pela Polónia, apesar do decréscimo sentido ao longo de toda a década. Note-se que esta doença

<sup>2043</sup> Cf. MENDONÇA, Joaquim Lemos de – A Luta contra a Tuberculose: Breves Considerações. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.129/130, Julho/Dezembro, 1957, p. 416.

<sup>2044</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2045</sup> Cf. O.E.C.D. – *OECD.Stat. Health Status: Causes of Mortality*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://stats.oecd.org/>

parecia ter uma expressão já muito limitada em países como a Holanda ou o Reino Unido, durante o período em estudo.



**Gráf. 195:** Taxa de mortalidade por tuberculose em alguns países europeus membros da O.C.D.E. (1961-1969) [Fonte: *OECD.Stat. Health Status: Causes of Mortality*]<sup>2046</sup>.

Consciente deste flagelo social, o regime, a partir dos anos quarenta começava a chamar a si as responsabilidades na orientação da luta contra o mal. Em 1937, realizou-se em Portugal a *X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose* onde, na sessão inaugural, Salazar discursou. Segundo o presidente do Conselho, o problema da tuberculose no nosso país era um problema de Estado, que deveria dominar a orientação governativa na execução de planos antituberculosos, com base clínica, higiénica, económica e, sobretudo, política. No mesmo discurso, Salazar aproveitava para fazer a apologia da prevenção da doença, mais económica do que a cura<sup>2047</sup>.

No I e II Congressos da *União Nacional*, contudo, o problema da tuberculose em Portugal foi matéria abordada de uma forma muito superficial. Note-se, contudo, no II Congresso, a intervenção de Mário Cardia, com uma tese sobre a importância da previdência social nesta doença. Nela, o autor defendia a instauração de um seguro obrigatório da tuberculose, considerando-o viável, de forma a alargar à maior parte da população os benefícios que eram dispensados aos funcionários públicos

<sup>2046</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2047</sup> Cf. Palavras do Senhor Presidente do Conselho na Sessão Inaugural da X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º.8/9, Outubro/Novembro, 1943, p.323.

tuberculosos<sup>2048</sup>. Contudo, esta proposta cairia no esquecimento e nunca seria posta em prática.

### 3.1.1 O *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*

Em 1945, a *Assistência Nacional aos Tuberculosos* foi nacionalizada, remodelada e passou a constituir o *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*, competindo-lhe coordenar, orientar e fiscalizar a acção profiláctica e terapêutica no combate à tuberculose, estimular as iniciativas particulares nesse sentido, criar e manter os estabelecimentos e serviços considerados necessários para completar e suprir a assistência particular<sup>2049</sup>.

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecer as modalidades de profilaxia e tratamento indispensáveis ao combate da tuberculose;</li><li>• Assegurar a execução dos planos aprovados e prestar às organizações antituberculosas auxílio e esclarecimentos;</li><li>• Prestar assistência aos funcionários e empregados civis;</li><li>• Promover a concessão de bolsas de estudo no estrangeiro a médicos para aperfeiçoamento de estudos nesta área;</li><li>• Propor ao governo as providências que julge necessárias à luta contra a tuberculose;</li><li>• Dar pareceres na sua área;</li><li>• Promover exames de diagnóstico;</li><li>• Criar e manter serviços de análise laboratorial e de investigação científica especializada;</li><li>• Orientar a formação de profissionais de saúde nesta área;</li><li>• Divulgar preceitos de higiene e profilaxia antituberculosa;</li><li>• Completar a acção das iniciativas particulares;</li><li>• Coordenar a acção dos estabelecimentos próprios com a assistência prestada por autarquias, misericórdias e outros organismos de assistência ou previdência.</li></ul>

**Tab. 57:** Competências do *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*, veiculadas pelo Decreto-Lei nº. 35108 (1945).

A Lei nº. 2044, de 1950, ordenava que o Instituto funcionasse na dependência do *Ministério do Interior*, em colaboração com os serviços de saúde, assistência e previdência. A direcção do Instituto era assistida por um conselho técnico, gozando de personalidade jurídica e de autonomia técnica e financeira. As suas competências tornar-se-iam mais específicas do que as publicadas em 1945, passando este a ser o grande órgão coordenador da luta antituberculosa e tornando o alargamento da

<sup>2048</sup> Cf. CARDIA, Mário – *Previdência Social para a Doença*, p. 28.

<sup>2049</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35108, p. 932.

vacinação com B.C.G. um dos seus mais importantes desígnios. As receitas deste Instituto constituíam as quotas dos sócios e os rendimentos de bens próprios, heranças, doações, legados, o produto da venda do selo antituberculoso, o produto do pagamento dos pensionistas e porcionistas pelo seu internamento e os subsídios do Estado e das autarquias locais<sup>2050</sup>.

Em 1950, o I.A.N.T. iniciava a vacinação pelo B.C.G. em alguns dos seus dispensários. Em 1949, começava a ser praticada a vacinação com regularidade na Marinha de Guerra, no acto de incorporação de alunos e recrutas. Este tipo de vacinação tinha sido implementado em França desde 1925, e no Japão, em 1945. A B.C.G. era constituída por um bacilo bovino, vivo mas atenuado, que não retomava a sua virulência. Introduzido num organismo humano não infectado pela tuberculose, criava nele um estado de alergia, que lhe conferia protecção contra bacilos virulentos que pudessem posteriormente penetrar. Durante os primeiros anos, a vacina era produzida no *Instituto Câmara Pestana*.

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a criação e funcionamento de estabelecimentos na luta contra a tuberculose;</li> <li>• Orientar, coordenar e fiscalizar a assistência aos tuberculosos e a acção dos estabelecimentos e serviços;</li> <li>• Facilitar a formação do pessoal técnico;</li> <li>• Promover a educação para a saúde, promovendo a vacinação B.C.G. e outros meios de imunização;</li> <li>• Promover a preparação, a aquisição e a distribuição da respectiva vacina;</li> <li>• Superintender na administração dos estabelecimentos e serviços sob sua dependência;</li> <li>• Fixar as condições de funcionamento dos estabelecimentos e serviços antituberculosos e o regime de admissão dos doentes;</li> <li>• Dar parecer sobre a concessão de subsídios às Misericórdias e outras entidades particulares;</li> <li>• Cooperar com a D.G.S. e o I.N.T.P. nos estudos epidemiológicos sobre a doença;</li> </ul>

**Tab. 58:** Competências do I.A.N.T., segundo a Lei n.º. 2044 (1950).

No seu parecer correspondente à legislação sobre a luta contra a tuberculose, a *Câmara Corporativa* propunha a construção de um laboratório para a preparação da vacina<sup>2051</sup>. Em Lisboa, o serviço de vacinação antituberculosa pela B.C.G. estava aberto ao público todos os dias úteis. Todas as crianças e os adultos que o desejassem eram

<sup>2050</sup> Cf. LEI n.º. 2044. *Diário do Governo. I Série.* 142 (1950-07-20), p. 444.

<sup>2051</sup> Cf. PARECER 4/V:LUTA CONTRA A TUBERCULOSE. *Suplemento do Diário das Sessões.* 41 (1950-04-01), p. 705.



atendidos gratuitamente, quer para a realização de provas antituberculínicas, quer para a vacinação<sup>2052</sup>. Ainda em 1950, durante a *XX Semana da Tuberculose*<sup>2053</sup>, o director do I.A.N.T., Albano Castelo Branco, apresentou uma conferência onde sublinhava a confiança na vacina para a prevenção da doença. No mesmo evento, o director-geral de Assistência dizia acreditar que a vacinação obrigatória pelo B.C.G. extinguiria a doença num prazo máximo de dez anos<sup>2054</sup>.

No ano seguinte, em 1951, no âmbito da *Semana da Tuberculose*, seriam realizadas conferências e sessões de propaganda profilática pela vacina Calmette e Guérin, de norte a sul do país. Para além de Lisboa, onde já existia um serviço de vacinação antituberculosa e de microrradiografia do tórax, abririam postos de vacinação no Porto, Coimbra, Setúbal, Castelo Branco, Almada, Figueira da Foz e Sangalhos<sup>2055</sup>.

Por proposta do I.A.N.T. e por despacho do subsecretário de Estado da Assistência Social, datado de 30 de Agosto de 1954, seria determinado que todas as instituições de assistência subsidiadas pelo Subsecretariado e em todos os estabelecimentos dele dependentes onde fosse prestada assistência à criança, se fizesse a aplicação da B.C.G. Os encargos correriam por conta do I.A.N.T.<sup>2056</sup>.

### 3.1.2. Estruturas da Luta Anti-Tuberculosa

Para o combate à tuberculose, o país seria dividido em três zonas – norte, centro e sul – com sede, respectivamente, no Porto, Coimbra e Lisboa. Os hospitais gerais, existentes em aglomerados urbanos onde não existiam hospitais-sanatórios, deveriam dispor de enfermarias ou pavilhões preparados para o internamento provisório destes

<sup>2052</sup> Cf. Vacinação gratuita contra a tuberculose. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 83/85, Janeiro/Março 1950, p. 56.

<sup>2053</sup> **Semana da Tuberculose**: iniciativa propagandística iniciada no início dos anos trinta, no sentido de angariar fundos complementares aos subsídios estatais, e de modo a procurar despertar na população um redobrado interesse pelo ataque à doença. Costumava decorrer na primeira semana de Maio e a propaganda era realizada pela imprensa, pela afixação de cartazes, por conferências em universidades, escolas e até nas homilias. Cf. ROSA, Álvaro Barros – *Da A.N.T. ao S.L.A.T: História sumária da instituição*. Lisboa: Serviços de Luta Antituberculosa, 1979, p. 25.

<sup>2054</sup> Cf. A XX Semana da tuberculose. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 86/88, Abril/Junho 1950, p. 79.

<sup>2055</sup> Cf. Semana da Tuberculose/Serviços de B.C.G. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 101-106, Julho a Dezembro 1951, p. 23.

<sup>2056</sup> Cf. Relatório do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos: 1954. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 121/122, Julho/Dezembro 1955, p. 339.

doentes. Os dispensários antituberculosos deveriam funcionar em estreita colaboração com os hospitais e sanatórios das localidades.

Aos dispensários centrais competia: a manutenção dos serviços de diagnóstico e prevenção, através da organização de um cadastro radiológico da população mais exposta; a assistência, em regime ambulatorio ou domiciliário dos funcionários ou empregados civis; o tratamento, em regime ambulatorio dos tuberculosos; o ensino e a publicitação das regras de higiene individual, familiar ou social; propor a admissão de doentes ao internamento, indicando o estabelecimento adequado; a vigilância pós sanatorial dos doentes<sup>2057</sup>.



**Tab.59:** Constituição da organização antituberculosa de cada zona, segundo o Decreto-Lei nº. 35108 (1945).

O dispensário central superintendia os dispensários concelhios da respectiva área, e estes últimos chefiavam os postos antituberculosos rurais existentes nos concelhos. Os dispensários concelhios e os postos rurais possuíam as mesmas atribuições do dispensário central nas áreas envolventes. Os preventórios destinavam-se ao isolamento e ao fortalecimento das crianças em perigo de contágio ou afectadas de lesões de carácter não contagioso. Aos hospitais-sanatórios e às enfermarias ou pavilhões, que funcionavam em hospitais gerais, pertencia cuidar dos doentes tuberculosos susceptíveis de tratamento activo e o internamento daqueles que constituíam perigo social. Os sanatórios destinavam-se a proporcionar aos tuberculosos em tratamento a acção adjuvante do clima. O internamento dos tuberculosos nos hospitais ou sanatórios fazia-se, normalmente, por proposta do dispensário central.

Relativamente aos dispensários antituberculosos, tal como os sanatórios, uns eram dependentes da *Assistência Nacional aos Tuberculosos/Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*, e outros não. O dispensário era considerado o ponto de

<sup>2057</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 35108, p. 918.

apoio da luta antituberculosa. Em termos comparativos, observou-se um aumento do número de dispensários dependentes da *Assistência Nacional aos Tuberculosos/Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*, entre 1935 e 1955, ao passo que existiu uma quebra de cerca de metade do número de dispensários não dependentes dessa instituição até 1953, ano a partir do qual se nota um grande acréscimo destas instituições<sup>2058</sup>.

A partir de 1959, temos dados que nos permitem aferir que a grande maioria dos dispensários antituberculosos pertenciam ao Estado, observando-se uma percentagem residual destes estabelecimentos pertencentes a misericórdias e a particulares (*vide* gráfico 197)<sup>2059</sup>. Contudo, Álvaro Barros Rosa observa que, no final da década de trinta, apesar da legislação que concedia à *Assistência Nacional aos Tuberculosos* o domínio da luta antituberculosa, o Estado subsidiava outras instituições para o tratamento desta doença<sup>2060</sup>.

No respeitante ao tipo de acções praticadas nestes estabelecimentos, observou-se, entre 1947 e 1967, um crescimento mantido do total de consultas prestadas por estas instituições. Contudo, entre 1967 e 1969, existiu uma queda abrupta deste indicador. A partir de 1959, temos números que comprovam que a maioria dos inscritos nestes dispensários faziam-no por profilaxia. Entre 1947 e 1955, as principais actividades destes organismos, para além da prestação de consultas médicas, seriam a administração de injeções, a realização de radioscopias e radiografias, de reacções à tuberculina e de análises clínicas. Podemos considerar que, até 1955, estes organismos eram essencialmente instituições de profilaxia da tuberculose. Contudo, a partir de 1959, observamos a realização de cirurgias e de outros tratamentos, para além dos serviços profilacticos anteriormente prestados, aos quais se juntaria a administração de vacinas. Podemos, pois, considerar que até 1967 se observa, nestes estabelecimentos, uma mescla entre uma componente profiláctica e da prestação de cuidados de saúde continuados. A partir de 1969, os dispensários tornar-se-iam postos de consulta, em virtude de ser a sua única actividade nesta área<sup>2061</sup>.

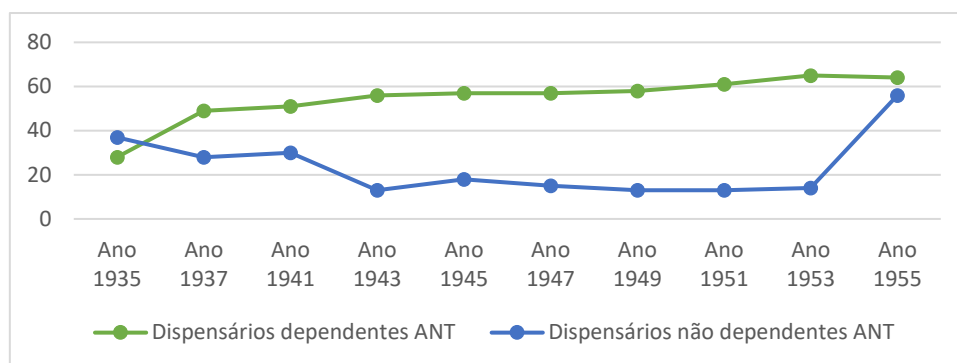
---

<sup>2058</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1935-1955]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1956].

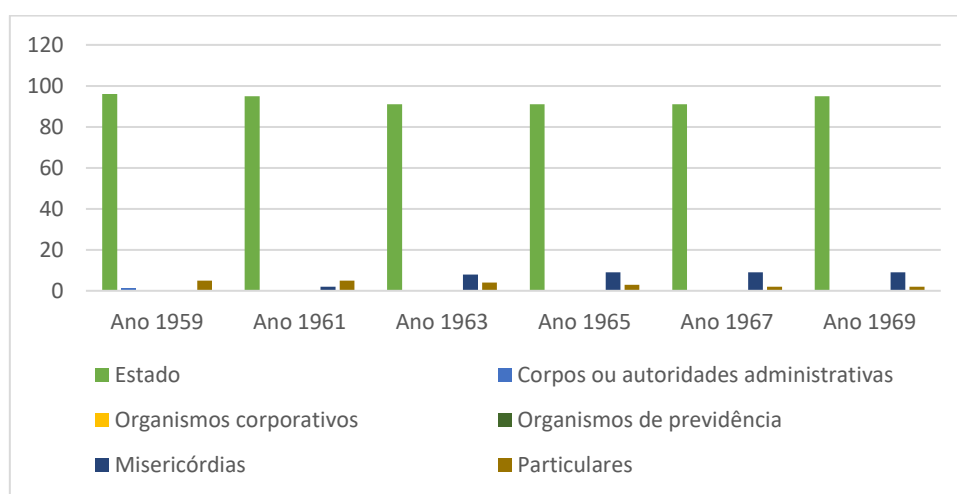
<sup>2059</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1970].

<sup>2060</sup> ROSA, Álvaro Barros, *op. cit.*, p. 27.

<sup>2061</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1947-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1970].



**Gráf. 196:** Evolução do total de dispensários antituberculosos dependentes e não dependentes da A.N.T./I.A.N.T. em funcionamento (1935-1955) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1936-1956)]<sup>2062</sup>.



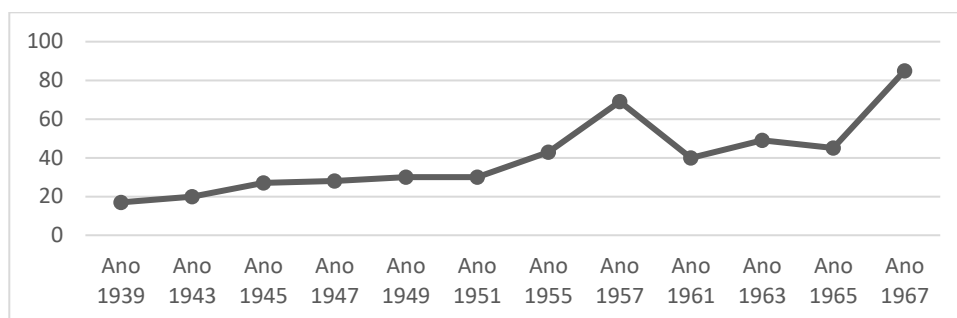
**Gráf. 197:** Evolução da dependência patrimonial dos dispensários antituberculosos (1959-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1960-1970)]<sup>2063</sup>.

Outras importantes unidades de internamento eram os sanatórios antituberculosos. Os sanatórios eram dirigidos aos tuberculosos com prognóstico de cura. Os tuberculosos incuráveis eram, fundamentalmente, depositados nas enfermarias especiais dos hospitais gerais e distritais. Os sanatórios localizavam-se, essencialmente, nas grandes cidades, Lisboa e Porto, embora muitos se situassem em zonas onde os ares eram mais saudáveis, como no distrito de Castelo Branco ou da Guarda. Estes sanatórios podiam ser, ou não, dependentes da *Assistência Nacional aos Tuberculosos/ Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*. No cômputo geral, observou-se um

<sup>2062</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

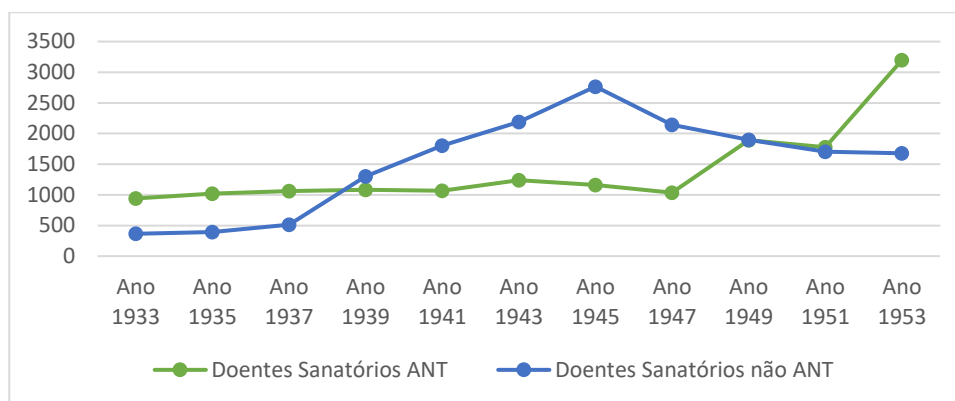
<sup>2063</sup> Idem.

aumento do total destas instituições desde o final da década de trinta, crescimento que seria exponencial em anos como 1957 e 1967, em contraciclo com o decréscimo da mortalidade pela doença<sup>2064</sup>.



**Gráf. 198:** Evolução do total de sanatórios antituberculosos (1939-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1940-1968)]<sup>2065</sup>.

A nível geral, entre 1933 e 1945, observou-se um crescimento do número de doentes nos sanatórios não dependentes da *Assistência Nacional aos Tuberculosos/ Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*. A partir de 1939, ultrapassariam o total de doentes em sanatórios dependentes da A.N.T./I.A.N.T., tendência que se manteria até 1949. A partir do início dos anos cinquenta, observou-se um aumento do número de doentes nos sanatórios dependentes da A.N.T./I.A.N.T.<sup>2066</sup>.



**Gráf. 199:** Evolução do total de doentes nos sanatórios dependentes e não dependentes da A.N.T. /I.A.N.T. (1933-1953) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1954)]<sup>2067</sup>.

<sup>2064</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1939-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1968].

<sup>2065</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2066</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1953]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1954].

<sup>2067</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

Se em 1945, os sanatórios dependentes do *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos* assistiam uma média de 1000 doentes/ano, os restantes sanatórios auxiliavam quase o triplo dos doentes dos anteriores. Em termos de frequência de doentes, os sanatórios mais importantes, sob a dependência da A.N.T./I.A.N.T. eram, entre 1933 e 1953, o *Sanatório do Outão*, o *Sanatório Dr. Sousa Martins*, o *Sanatório Popular de Lisboa* e o *Hospital-Sanatório da Ajuda*. A partir de 1949, observa-se um incremento do total destes sanatórios. São fundados o *Hospital-Sanatório D. Carlos I*, o *Hospital Sanatório da Flamengo*, o *Sanatório Distrital de Viseu* e o *Sanatório das Penhas da Saúde*<sup>2068</sup>.

Em relação aos sanatórios que não estavam sob dependência desta instituição, os que albergavam maior número de utentes eram o *Sanatório Hospital Rodrigues Semide*, o *Hospital Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil* e a *Estância Sanatorial do Caramulo*. A partir de meados da década de quarenta, para além dos sanatórios, aparecem várias casas de saúde destinadas ao tratamento de doentes tuberculosos, com capacidades de internamento mais reduzidas. Seria o caso da *Casa de Saúde Luso-Brasileira*, e de várias casas de saúde fixadas em Montachique, no concelho de Loures<sup>2069</sup>.

Sobre a situação dos doentes nos sanatórios, encontramos uma denúncia do P.C.P., através do *Avante*, datada de 1942. Nesta, o órgão deste partido clandestino afirmava que os sanatórios existentes no país eram em número bastante reduzido e neles “os doentes são tratados como criaturas indesejáveis”<sup>2070</sup>. O problema ao qual se referia havia sucedido no *Sanatório da Guelfa*, propriedade da A.N.T., onde os doentes eram mal nutridos, desprezados, onde faltavam medicamentos, sendo os doentes mais antigos a orientarem os mais novos sobre a maneira como tomar banhos de sol. Contudo, o que o articulista considerava mais grave era a expulsão de seis doentes daquela instituição por terem feito um sorteio de alguns objectos, no sentido de angariarem algum dinheiro para a aquisição de roupas e calçados, por forma a não andarem andrajosos, tendo em conta que a A.N.T. não tinha respondido aos seus pedidos nesse sentido. Por isso, o

---

<sup>2068</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1953]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1954].

<sup>2069</sup> IDEM – *Ibidem*.

<sup>2070</sup> Cf. Seis doentes expulsos dum Sanatório! In *Avante*. VI série, nº. 20 (1ª quinzena de Novembro de 1942), p. 3.

P.C.P. pedia que escrevessem ao director do Sanatório para que este readmitisse os doentes.

Outra notícia era referente, desta feita, a um Sanatório não dependente da A.N.T., a *Estância Sanatorial do Caramulo*. Segundo o articulista, em 1942, tinha-se inaugurado um novo sanatório destinado a crianças em estado avançado da doença. Contudo, era exigido para o ingresso dessas crianças pobres um conjunto de objectos de uso pessoal, que não tinham possibilidades de comprar, o que denotava uma grande demagogia e contradição do governo de Salazar<sup>2071</sup>.

Uma notícia datada de 1952, veiculada pelo *Avante*, narrava as fracas condições de subsistência dos doentes internados no *Sanatório do Lumiar*, conhecido como *Sanatório Popular D. Carlos I*, dependente do I.A.N.T. Segundo o periódico, para reduzir os gastos com aqueles doentes, o governo reduziu a porção diária de leite a ministrar àqueles pacientes, alimento essencial, especialmente após serem submetidos a intervenções cirúrgicas. Contudo, ante os protestos do pessoal médico e de enfermagem, que chegariam a ceder o seu próprio leite, “os bandidos assassinos de doentes foram forçados a recuar nos seus propósitos”<sup>2072</sup>. Em 1955, o *Avante* continuava a denunciar situações de fome e maus tratos, sentidas pelos doentes daquele sanatório<sup>2073</sup>.

Em 1950, através da Lei nº. 2044, o Estado assumia a coordenação da luta contra a tuberculose, considerada um problema de superior interesse público. Esta legislação visava completar o diploma posto em vigor de luta contra as doenças contagiosas. A tuberculosa era, como afirmava a *Câmara Corporativa*, a doença contagiosa que mais desgaste causava nas populações e na economia do país, abrangendo todas as classes e os maiores aglomerados populacionais<sup>2074</sup>. Contudo, fiel à sua orientação ideológica, o Estado não centralizava, em si, o monopólio dos serviços de saúde antituberculosos, estimulando e favorecendo as iniciativas particulares neste âmbito, apenas criando e mantendo os estabelecimentos e serviços necessários a cujos encargos a iniciativa privada não pudesse prover.

---

<sup>2071</sup> Cf. Como o “Estado Novo” resolve o problema da tuberculose infantil. In *Avante*. VI série, nº. 25 (2ª quinzena de Janeiro de 1943), p. 2.

<sup>2072</sup> Cf. Assassinos!: Tentativa para matar à fome os doentes do hospital. In *Avante*. VI série, nº. 171 (Outubro de 1952), p. 3.

<sup>2073</sup> Cf. Assistência Hospitalar Fascista. In *Avante*. VI série, nº. 201 (Junho de 1955), p. 1.

<sup>2074</sup> Cf. PARECER 4/V:LUTA CONTRA A TUBERCULOSE, p. 706.

Esta nova lei designava um conjunto de estruturas de saúde na luta contra a tuberculose, cuja novidade eram os centros de diagnóstico e profilaxia e as brigadas móveis. Os centros de diagnóstico seriam instalados em Lisboa, Porto e Coimbra e tinham como atribuições a organização do cadastro microrradiológico da população, fazer e orientar a vacinação por B.C.G, fazendo propaganda para a vacinação e outras formas de profilaxia e encaminhamento para os dispensários, para as delegações de saúde ou para outros serviços de saúde os indivíduos doentes<sup>2075</sup>.

As brigadas móveis possuíam, nas áreas visitadas, as funções dos centros de diagnóstico e profilaxia, reunidas com algumas funções dos dispensários, como o exame de casos suspeitos de tuberculose, a organização do cadastro radiológico, a promoção da educação para a saúde, a tomada de posição em relação a crianças e ao internamento de doentes devido à doença. Da mesma forma, no que dizia respeito aos sanatórios, a Lei nº. 2044 caracterizava a sua tipologia, enquanto sanatórios de altitude, marítimos e de planície. Os primeiros destinavam-se à hospitalização dos tuberculosos cujo estado aconselhasse a acção coadjuvante do clima. O presente diploma especificava, da mesma forma, as funções dos centros de convalescença e readaptação, destinados a doentes que necessitassem de um longo período de recuperação<sup>2076</sup>.

A Lei nº. 2044 também esclarecia quanto aos encargos da assistência aos tuberculosos. Não seria, pois, de estranhar, que, em primeiro lugar, esta fosse incumbida aos próprios doentes, cônjuges, ascendentes, descendentes e até irmãos. Seguidamente, seria a vez das companhias de seguros com essa responsabilidade e as instituições de previdência social, exceptuando-se as casas do povo e as casas dos pescadores e instituições de previdência de inscrição facultativa. O Estado assumia a sua responsabilidade em quarto lugar, por força das dotações destinadas à luta contra a tuberculose e à assistência aos doentes indigentes e pobres. Por último, caberia aos estabelecimentos e serviços que prestassem esse tipo de assistência<sup>2077</sup>.

A Portaria nº. 14233, em 1953, criava três centros cirúrgicos: os Centros de Cirurgia Torácica da Zona Sul, da Zona Norte e da Zona Centro<sup>2078</sup>. A partir do ano seguinte, seria disponibilizado, no Rossio, em Lisboa, um serviço gratuito de

---

<sup>2075</sup> Cf. LEI nº. 2044, p. 445.

<sup>2076</sup> Ibidem, p. 445.

<sup>2077</sup> Ibidem, p. 446.

<sup>2078</sup> Cf. PORTARIA nº. 14234. *Diário do Governo. I Série*. 12 (1953-01-20), p. 345-346.



radiografias, sistema adoptado pelo I.A.N.T. no sentido de deslocar até às populações mais afastadas os aparelhos necessários a um exame rápido e eficiente de todas as pessoas doentes ou suspeitas<sup>2079</sup>.

Em 1955 foi publicado o Relatório do I.A.N.T., onde se podia constatar que a mortalidade por tuberculose estava a decrescer. Contudo, o mesmo documento considerava que Portugal continuava a ter uma alta mortalidade causada por esta doença, nomeadamente quando comparada com os restantes países europeus. O mesmo relatório avançava os números sobre a mortalidade por tuberculose, em 1950, numa perspectiva comparada entre Portugal e vários países europeus<sup>2080</sup>. Através deles, podemos concluir que a mortalidade, em Portugal, devida a esta doença, era mais de quatro vezes superior à registada nos países nórdicos, excedendo o dobro da registada nos países da Europa Central. Apenas Espanha possuía índices mais próximos aos registados em Portugal, embora de menor valor.

O *Avante*, em 1956, noticiava que Portugal era o país de maior mortalidade por tuberculose na Europa, morrendo com esta doença 14 pessoas diariamente. Apesar disso, avançava a publicação, o subsecretário de Estado da Assistência pretendia tranquilizar as pessoas, alegando que o país se afastava das taxas terríficas do passado, quando faleciam 12 a 15 mil pessoas anualmente. A quebra na mortalidade era devida, segundo o órgão propagandístico do P.C.P., à descoberta de novos medicamentos e não à política social do regime. Contudo, defendia que o total de doentes tuberculosos não estava a decrescer, mas sim a aumentar constantemente<sup>2081</sup>.

Registava-se, no nosso país, uma forte mortalidade nas crianças com menos de dois anos, decrescendo durante a adolescência e tornando-se novamente alta nos adultos. O I.A.N.T. registava, durante a primeira metade dos anos cinquenta, um aumento sensível do total de doentes inscritos nos seus dispensários, um crescente aumento dos pedidos de internamento e dos doentes que aguardavam internamento. Este crescimento das necessidades assistenciais era, segundo o Instituto, concomitante com o

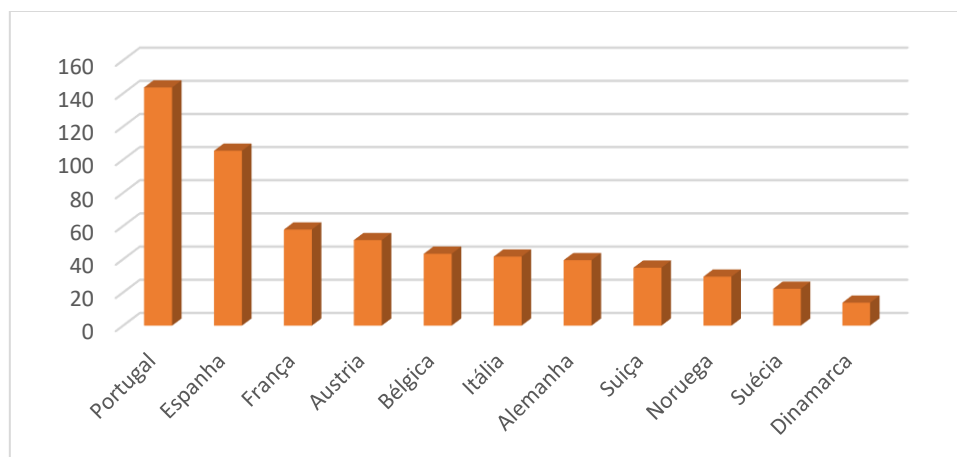
---

<sup>2079</sup> Cf. Semana da Tuberculose: Serviço Gratuito de Radiografia. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 117/118, Julho/Dezembro 1954, p. 13-26.

<sup>2080</sup> Cf. Relatório do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos: 1954, p. 331.

<sup>2081</sup> Cf. A Falta de Assistência aos Tuberculosos. In *Avante*. VI série, nº. 223 (2ª quinzena de Outubro de 1956), p. 2.

aumento do total de sanatórios, de enfermarias-abrigo e do aproveitamento de camas em sanatórios particulares<sup>2082</sup>.



**Gráf. 200:** Mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes (1950) [Fonte: Relatório do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos: 1954]<sup>2083</sup>.

Quanto às estruturas sanitárias de apoio ao combate a esta doença, o *Avante* noticiava, em 1956, que os dispensários eram insuficientes e funcionavam mal. Faltava material, o pessoal era insuficiente, mal remunerado e com poucos conhecimentos técnicos. Nos estabelecimentos do I.A.N.T., o *Avante* noticiava que os medicamentos eram de baixa qualidade e insuficientes. Nos sanatórios, a alimentação mostrava-se escassa e de má qualidade. Quanto ao número de camas era, segundo o periódico, manifestamente insuficiente. Apesar deste cenário, divulgava-se que o I.A.N.T. era constantemente obrigado a fazer economias, suspendendo a admissão de doentes, dando altas a internados e reduzindo o contingente de medicamentos<sup>2084</sup>.

Em 1958, o médico Silva Leal, em artigo publicado no jornal *O Médico*, informava que os dispensários antituberculosos da cidade do Porto, a partir do dia 15 ou 16 de cada mês, já não tinham medicamentos para fornecer aos doentes. Nesse sentido,

<sup>2082</sup> Cf. Relatório do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos: 1954, p. 334.

<sup>2083</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2084</sup> Cf. A Falta de Assistência aos Tuberculosos, p. 2.

o clínico assegurava que as estatísticas relativas à evolução da doença escondiam a superficialidade com que o assunto era tratado em Portugal<sup>2085</sup>.

O *Relatório do I.A.N.T.*, de 1954, admitia que a doença estava mais disseminada do que era indiciado pelas estatísticas, em virtude do crescimento do total de doentes que aguardavam internamento, concomitante com o crescimento do total de sanatórios, dispensários, consultas-dispensários e os sistemas de luta contra a doença. À medida que aumentavam os meios de diagnóstico, registando casos ignorados, e à medida que a campanha se estendia para o meio rural, ia aumentando o total de casos, não de novos casos, mas de casos ignorados<sup>2086</sup>.

O mesmo documento admitia que a doença estava relacionada com “as condições sociais da Nação”<sup>2087</sup> e com o nível de vida da população. Contudo, admitia que quando a campanha profiláctica estivesse em perfeita actividade, a influência da desigualdade social sobre a evolução da tuberculose desapareceria. Por tal, o I.A.N.T. considerava urgente o impulso das brigadas móveis para alargar o radiorastreio e a vacinação pela B.C.G., para melhorar a eficácia dos dispensários, para aumentar o total de camas em enfermarias-abrigo, criar centros de recuperação e readaptação, continuar a preparar o pessoal clínico e fazer propaganda e educação sanitária junto do povo. Para tal, pedia um aumento de verbas ao *Ministério das Finanças*. Porque se a campanha de profilaxia contra a tuberculose saía cara, mais caro era ter de tratar tuberculosos com diagnóstico tardio, no limite da curabilidade, candidatos à cronicidade, originando focos de contaminação.

Em 1956, ocorreria o *IV Congresso da União Nacional*. Nele seria discutida a luta contra a tuberculose por alguns especialistas de renome, como Lopo de Carvalho Cancela de Abreu, facto do qual já fizemos referência durante a análise daquele congresso. Em termos sumários, o que ressaltou daquele simpósio, foi a assunção da tuberculose enquanto problema médico-social prioritário, bem como a necessidade de um seguro-doença, desenvolvido pela previdência, que garantisse aos trabalhadores a assistência médica e medicamentosa gratuita, bem como o internamento sanatorial.

---

<sup>2085</sup> Cf. LEAL, M. da Silva – O médico... o explorado. In CARDIA, Mário [dir.] – *O Médico*, vol. VIII, IX Ano, 12 de Julho (1958), p. 358.

<sup>2086</sup> Cf. Relatório do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos: 1954, p. 337.

<sup>2087</sup> Ibidem, p. 340.

Em 1958, o *Avante* voltava a atacar a política sanitária do governo, na luta contra a tuberculose. Num artigo dedicado ao tema, denunciava os moldes reduzidos com os quais os serviços de radiorastreio funcionavam, a pequena escala com que a vacina B.C.G. era ministrada, os dispensários em número insuficiente, mal apetrechados, com poucos médicos e mal pagos. Noticiava, ainda, a falta de camas nos sanatórios e em outras instituições dedicadas ao tratamento de doentes tuberculosos, três ou quatro vezes inferiores às necessidades. Por tal, o *Avante* achava necessário aumentar as verbas destinadas a esta luta, subsidiar os doentes, triplicar o número de leitos, aumentar o número de dispensários e distribuí-los racionalmente, aumentar os vencimentos do pessoal e proceder a radiorastreios e a campanhas de vacinação massiva<sup>2088</sup>.

Com a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, o *Instituto de Assistência aos Tuberculosos* foi considerado um instituto coordenador e a depender directamente daquele ministério<sup>2089</sup>.

Como já verificámos, Amadeu Lobo da Costa, a pedido do novo ministro da Saúde e Assistência, Martins de Carvalho, encetou um relatório onde punha a nu a situação do país em termos de saúde, assistência e previdência. A tuberculose não passou incólume no seu estudo. Segundo o autor, era difícil avaliar a verdadeira importância da doença, pois não era, ainda, obrigatória a sua notificação, como seria pouco tempo mais tarde. A sua visão era pessimista, com uma taxa de mortalidade das mais elevadas da Europa, acusando múltiplas deficiências nos serviços de luta: incoordenação técnica e administrativa, divergências e disparidades<sup>2090</sup>.

Apesar dos efeitos dos antibióticos, da quimioterapia e da cirurgia torácica terem reduzido a letalidade, a morbilidade continuava a ser elevada em Portugal, por falta, segundo o autor, de resolução de certos problemas económico-sociais. Por tal, era necessário eliminar as deficiências de habitação e de alimentação, incrementar o seguro social obrigatório, aumentar os salários: “mais pão, menos tuberculose”<sup>2091</sup>. Esta doença continuava a ser a mais comum causa de mortalidade entre os 15 e os 45 anos, em qualquer país, na opinião do autor. Em Portugal, era menor a mortalidade em Lisboa do

---

<sup>2088</sup> Cf. Tuberculose: 7000 Mortos. In *Avante*. VI série, n.º. 251 (2ª quinzena de Março de 1958), p. 2.

<sup>2089</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 42210, p. 379.

<sup>2090</sup> Cf. LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social (cont.), p. 56.

<sup>2091</sup> IDEM - Ibidem, p. 58.

que no resto do país, devido à concentração dos cirurgiões na capital e às suas alterações económico-sociais. Contudo, a tuberculose era mais frequente nas zonas rurais, onde a mortalidade feminina era superior à masculina<sup>2092</sup>.

Em 1961, no *Relatório das Carreiras Médicas*, a classe assumia que critérios sociais, como a taxa de mortalidade por tuberculose, traduziam as condições sanitárias e o grau de desenvolvimento dos povos<sup>2093</sup>. Ainda em 1960, por proposta da *Direcção-Geral de Saúde*, a tuberculose foi incluída na tabela de doenças contagiosas de declaração obrigatória<sup>2094</sup>. Por seu turno, em 1962, com a Reforma da Previdência Social, as caixas sindicais de previdência passavam, também, a proteger os seus beneficiários na luta contra a tuberculose, o que constituiu uma clara inovação em relação à legislação de 1935. Essa protecção centrava-se na concessão de subsídios pecuniários aos seus beneficiários nos impedimentos resultantes da doença.

Segundo o Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Saúde e Assistência*, publicado em 1961, este órgão aconselhava a coordenação dos serviços sanitários e de previdência social com o I.A.N.T., bem como um maior interesse na vacinação dos recém-nascidos pelo B.C.G. A *Câmara Corporativa* defendia, ainda, o encurtamento do internamento dos doentes estáveis e não contagiosos, encaminhados para os dispensários, promovendo maior número de camas disponíveis para outros doentes que carecessem de hospitalização. Tudo para prosseguir a luta contra esta doença, apesar da diminuição da mortalidade observada<sup>2095</sup>.

Ainda em 1962, Lopo Cancela de Abreu respondeu a um conjunto de perguntas sobre a questão da tuberculose em Portugal. O então director do I.A.N.T. considerava que a mortalidade por tuberculose tinha vindo a baixar drasticamente, mas ainda muito havia por fazer. Se era mais optimista quanto à mortalidade, não era tão favorável aos índices de morbilidade, que vinham decrescendo, mas não com a velocidade desejada. A maioria dos doentes que obtinha tratamento medicamentoso não morria, mas também

---

<sup>2092</sup> Cf. LOBO DA COSTA, Amadeu – Saúde, Assistência e Previdência Social (cont.), p. 63.

<sup>2093</sup> Cf. ORDEM DOS MÉDICOS, *op. cit.*, p. 41.

<sup>2094</sup> Cf. PARECER n.º 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1442.

<sup>2095</sup> *Ibidem*, p. 1390.

não se curava, aumentando o total de doentes tuberculosos e as possibilidades de contágio. Havia, pois, necessidade de camas para internar os doentes contagiosos<sup>2096</sup>.

O director considerava uma boa medida, de ordem social, médica e económica, o fim da lista de espera de doentes para internamento. Nesse sentido, os doentes contagiosos deixavam de estar tanto tempo em contacto com pessoas sãs, já não ingressavam nos sanatórios com lesões tão graves e, nesse sentido, o internamento passaria a ser mais curto. As enfermarias-abrigo também pareciam realizar a sua função, internando imediatamente os tuberculosos locais enquanto aguardavam transferência para os sanatórios. Os dispensários mantinham a sua importância no diagnóstico precoce da doença, no início do tratamento, na vigilância dos familiares, na vacinação e no pedido de internamento. Era, pois, necessário intensificar a vacinação pelo B.C.G. e o radiorastreio, tirando das instalações e serviços o máximo rendimento<sup>2097</sup>.

Pelo Decreto-Lei nº. 44439, passava a ser possível, nos casos graves para a saúde pública, que o I.A.N.T. pudesse recorrer ao internamento compulsivo de doentes suspeitos de grave perigo de contágio, que não pudessem ser tratados em ambulatório, e os que se recusassem a iniciar ou prosseguir os tratamentos, podendo daí resultar a transmissão da doença<sup>2098</sup>. Um despacho conjunto do *Ministério das Corporações e Previdência Social* e do *Ministério da Saúde e Assistência*, datado de 23 de Setembro de 1964, autorizava o tratamento dos doentes tuberculosos, beneficiários da previdência, pelos serviços adequados de assistência<sup>2099</sup>.

O acordo seria alcançado desde a primeira hora entre os departamentos do *Ministério da Saúde* e do *Ministério das Corporações*, encarregados da negociação. Tal colaboração tinha como objectivo a ausência de duplicações, lacunas, reverberando o interesse nacional. Através deste acordo, ao I.A.N.T. competia a prestação de assistência médica e medicamentosa, incluindo sanatorização e intervenções cirúrgicas, aos beneficiários da previdência e seus familiares afectados por qualquer forma anátomo-clínica de tuberculose. Em contrapartida, as instituições de previdência

---

<sup>2096</sup> Cf. A Luta Contra a Tuberculose. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho 1962, p. 56-59.

<sup>2097</sup> Ibidem, p. 59.

<sup>2098</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 44439. *Diário do Governo. I Série*. 148 (1962-06-30), p. 914.

<sup>2099</sup> Cf. DINIZ DA FONSECA, Carlos – História e Actualidade das Misericórdias, p. 167.

asseguravam ao I.A.N.T. uma retribuição individual, convencionada a partir dos custos médios do tratamento ambulatorio e do internamento<sup>2100</sup>.

Na sua fase inicial, o acordo abrangia os beneficiários e familiares residentes nas áreas dos distritos de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. Contudo, em 1967, três anos depois da implementação do acordo, seria assinada uma acta adicional no sentido de um alargamento a novas áreas geográficas, nomeadamente a todo o país<sup>2101</sup>.

No relatório referente ao *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, observava-se a necessidade de intensificação da profilaxia da tuberculose, com vista a educar a população e a ensinar-lhe as regras de defesa contra a doença. Tal era necessário, dado a doença haver decrescido, mas a um ritmo ainda muito lento. Era, pois, necessário um melhoramento dos meios e instalações de tratamento, uma estruturação e realização do plano de readaptação ao trabalho e uma reorganização dos serviços. Nesse sentido, o Estado disponibilizava 30.000 contos para a realização de uma campanha piloto, em parceria com a *Fundação Calouste Gulbenkian*, de luta antituberculosa intensiva no distrito de Leiria. Reservaria, ainda, 10.000 contos para remodelação de instalações gerais em sanatórios e 1.000 contos para instalações de readaptação ao trabalho. Estas verbas seriam resultantes do financiamento através de “instituições de carácter desinteressado”, do Orçamento Geral do Estado e outras receitas<sup>2102</sup>.

Em 1965, o ministro da Saúde e Assistência, em discurso proferido no S.N.I., durante o qual lançou o Programa Nacional de Vacinação, referiu, em relação à tuberculose, já dispor da capacidade de internamento suficiente para todos os doentes, remetendo as obras nos sanatórios, apenas à melhoria das suas condições, dispensando a construção de novos estabelecimentos. O grande combate situava-se, pois, na prevenção. Nesse sentido, decorria, nesse ano, uma campanha piloto antituberculosa no distrito de Leiria, com o apoio da *Fundação Calouste Gulbenkian*, que contribuiria com uma importância de 10.500 contos. Da mesma forma, o acordo entre o I.A.N.T. e a

---

<sup>2100</sup> Cf. Sobre o acordo firmado entre a Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família e o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMÍLIA – *A saúde e o trabalhador: Postos clínicos da previdência social*. Lisboa: FCPAF, 1969, p. 81-87.

<sup>2101</sup> Cf. Cerimónia de assinatura da acta adicional ao acordo entre a Federação das Caixas de Previdência e o I.A.N.T. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMÍLIA – *A saúde e o trabalhador: Postos clínicos da previdência social*. Lisboa: FCPAF, 1969, p. 81-87.

<sup>2102</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 1009.

previdência social aumentaria substancialmente o número de dispensários espalhados pelo país<sup>2103</sup>.

Cerca de dois anos depois, seria publicado o *III Plano de Fomento para 1968-1973*. Segundo o documento, os resultados favoráveis a este nível tinham permitido o encerramento de enfermarias de tuberculose. Nos últimos 14 anos, observava-se uma descida apreciável da taxa de mortalidade por tuberculose, embora, em 1968, o seu valor (31,8/100.000 habitantes) devia considerar-se ainda alto, tendo como objectivo atingir cifras na ordem das 10 mortes/100.000 habitantes. O I.A.N.T. possuía 16 sanatórios com 4184 camas, e 64 enfermarias-abrigo com 2372 camas. As casas de saúde recebiam doentes enviados pelo I.A.N.T. que, para tal, este pagava quantias previamente estipuladas<sup>2104</sup>.

O *III Plano de Fomento* objectivava o estabelecimento de uma nova orgânica de serviços periféricos, em conformidade com a qual cada dispensário seria substituído por um centro dispensarial (dispensário e postos avançados), abrindo novos centros dispensariais e um alargamento da rede de postos avançados. O documento considerava, ainda, necessária a instalação de postos fixos de radiorastreio nas capitais de distrito que ainda não o possuísem. Era, da mesma forma, necessário o melhoramento das instalações de três sanatórios e a construção de quatro novos edifícios. Para tal, esta luta receberia 33.450 contos para a implementação de centros dispensariais<sup>2105</sup>.

Também do ponto de vista laboral, a tuberculose preocupava. Da secção da saúde e assistência do *IV Colóquio Nacional do Trabalho*, realizado em 1966 emanaram uma série de conclusões relativas à administração hospitalar e à organização de serviços especiais. Entre os serviços especiais constavam os serviços antituberculosos. Embora constituísse um importante problema sanitário, esta secção composta pelos técnicos dos serviços dependentes do *Ministério da Saúde*, considerava que, com um planeamento cuidadoso e realista, era possível obter uma resolução favorável. Para tal, esta secção sublinhava a importância das campanhas de vacinação em massa, nomeadamente pelos serviços permanentes de vacinação dos recém-nascidos, dando preferência ao

---

<sup>2103</sup> Cf. NETO DE CARVALHO, Henrique – Conferência de imprensa realizada no S.N.I., em 4 de Outubro de 1965, na qual foram anunciados, por S. Ex.<sup>a</sup> o Ministro da Saúde e Assistência, os Programas de Vacinação e de Educação Sanitária, p. 53.

<sup>2104</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8781.

<sup>2105</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 8789.



tratamento ambulatorio dos doentes. A educação sanitária da população era tida em grande consideração, sendo assunto de interesse nacional, devendo adaptar-se às características das populações<sup>2106</sup>.

### 3.1.3. A Assistência aos *Funcionários Civis Tuberculosos*

Em 1927 foi decretada a assistência aos funcionários públicos tuberculosos. Pelo Decreto n . 14192, os funcionários do Estado, de qualquer categoria, quando tuberculosos, tinham direito   assistência num sanatório nacional. Os funcionários hospitalizados ou sanatorizados tinham direito ao seu vencimento, ao custeamento das viagens e ao pagamento de todas as despesas com o tratamento. Foi, ainda, criada uma comissão directora de assistência aos funcionários civis tuberculosos, composta, entre outros, pelo director-geral de Assistência e pelo presidente da *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, funcionando junto do *Ministério das Finanças*<sup>2107</sup>. No ano seguinte, os respectivos serviços passavam a estar sob a égide da *Direcção-Geral de Assistência Pública*. Contudo, esta nova legislação suspendia, até superior revisão, todos os direitos consagrados aos funcionários públicos tuberculosos no Decreto n . 14192<sup>2108</sup>.

Em 1931, foi legislado o estabelecimento do *Hospital Sanatório da Col nia Portuguesa do Brasil*, na Quinta dos Vales, em Coimbra. Este hospital sanatório era direccionado para indivíduos do sexo masculino, tuberculosos, sendo sustentado pelo Estado na parte não coberta por receitas próprias. Neste hospital tinham preferência de admissão: os antigos combatentes da Grande Guerra, do Exército e da Marinha, os seus filhos órfãos de pai e mãe; os portugueses residentes no Brasil que voltassem a Portugal e os seus filhos, quando residentes em Portugal<sup>2109</sup>.

Em 1932, “considerando a necessidade de pôr cobro a alguns abusos”<sup>2110</sup> verificados na atribuição de regalias aos funcionários civis tuberculosos, foi suspensa essa assistência especial, ficando apenas a subsistir o internamento em hospital ou sanatório como a única forma de auxílio a esta população. Em 1944, foi produzida nova

---

<sup>2106</sup> Cf. Conclusões apresentadas pela secção de saúde e assistência ao IV Col qu o Nacional do Trabalho. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - *Informação Social: Bolet m do Ministério da Saúde e da Assistência*. Vol. I, n . 4 (outubro-dezembro 1966), p. 123.

<sup>2107</sup> Cf. LEI n . 2106. *Diário do Governo. I Série*. 294 (1960-12-21), p. 2791.

<sup>2108</sup> Cf. DECRETO n . 15518. *Diário do Governo. I Série*. 121 (1928-05-29), p. 1263-1264.

<sup>2109</sup> Cf. DECRETO n . 19310. *Diário do Governo. I Série*. 30 (1931-02-05), p. 243-244.

<sup>2110</sup> Cf. DECRETO n . 21760. *Diário do Governo. I Série*. 249 (1932-10-24), p. 2065-2066.

legislação sobre os apoios aos funcionários públicos tuberculosos, voltando a reunir direitos em termos de assistência. Perante exame médico, radiográfico e bacteriológico, o funcionário tuberculoso passava a ter direito a dispensa parcial ou total do serviço sem perda de vencimento, tratamento ambulatorio ou no domicílio, internamento em sanatório e subsídio para tratamento, seguido de aposentação<sup>2111</sup>.

Em 1955 foi produzida nova legislação. Esta, reconhecia o direito à assistência antituberculosa dos funcionários civis do Estado e das autarquias, subscritores da *Caixa Geral de Aposentações*. Tal direito mantinha-se após a aposentação. As quotas pagas para esta assistência eram descontadas na remuneração ou nas pensões, conforme o caso. Esta assistência abrangia a dispensa total ou parcial do serviço quando exigida pelo tratamento ou perigo de contágio, o tratamento da tuberculose e suas complicações, o internamento em sanatório ou estabelecimento hospitalar durante o tempo considerado conveniente, o tratamento ambulatorio ou no domicílio e o pagamento de despesas de transporte relacionadas com o tratamento. Durante o período de assistência, o funcionário mantinha o direito a remuneração ou reforma, embora sofrendo ambas uma redução que poderia ser superior a 60%<sup>2112</sup>.

A assistência aos funcionários civis tuberculosos durava, no máximo, o período de 4 anos, seguidos ou interpolados, podendo o prazo alargar-se a mais um ano, no caso de se observarem perspectivas rápidas de cura. Esgotado esse tempo, se o funcionário não tivesse condições de regressar ao trabalho, seria aposentado com a pensão correspondente aos anos de serviço prestado. As altas médicas e os pareceres de aposentação eram concedidos pelo I.A.N.T. Os serviços de assistência aos funcionários civis tuberculosos, que estavam a cargo da *Direcção-Geral de Assistência*, passavam a ficar sob a égide do I.A.N.T. A este organismo passava a caber a assistência a esta população, por intermédio dos seus próprios serviços e estabelecimentos ou, mediante acordos com outras entidades públicas ou privadas<sup>2113</sup>.

No início dos anos sessenta foi produzida nova legislação, que tornava extensivo aos cônjuges e descendentes dos funcionários civis do Estado o direito à assistência na tuberculose. Segundo o novo diploma, podiam beneficiar deste tipo de assistência o

---

<sup>2111</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 33549. *Diário do Governo. I Série.* 37 (1944-02-23), p. 265-268.

<sup>2112</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 40365. *Diário do Governo. I Série.* 236 (1955-10-29), p. 937-940.

<sup>2113</sup> *Ibidem*, p. 940.

cônjuge, os filhos com menos de 14 anos (ou 18 anos se fossem estudantes) e os netos órfãos<sup>2114</sup>.

Em 1968 foi publicado novo decreto-lei no sentido de fazer convergir as regalias concedidas na assistência antituberculosa aos militares das forças armadas com as dos servidores civis do Estado. Seriam considerados beneficiários, os servidores civis do Estado e das autarquias, os servidores da P.S.P., G.N.R., P.I.D.E., *Guarda Fiscal*, e *Polícia de Viação e Trânsito*, bem como os empregados da *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* e das restantes misericórdias, desde que fossem subscritores da *Caixa Nacional de Pensões*. Nesse sentido, essa assistência seria estendida aos ascendentes dos beneficiários e dos respectivos cônjuges, bem como às viúvas e filhos de servidores já falecidos, quando a situação económica o justificasse. Da mesma forma, seria alargada a concessão de assistência aos descendentes, e prolongado o tempo de assistência<sup>2115</sup>.

Pelo mesmo diploma, o internamento do servidor ou dos seus familiares não ficava condicionado a desconto na remuneração ou pensão do beneficiário, de forma a evitar um possível desequilíbrio na economia familiar. Do ponto de vista da prevenção da doença, esta legislação estabelecia novas regras de profilaxia, nomeadamente a obrigatoriedade da vacinação B.C.G. para os candidatos a funcionários, a vigilância pessoal e dos familiares<sup>2116</sup>.

Ao I.A.N.T., no qual estava integrado a assistência aos funcionários públicos tuberculosos, competia, pois, prestar a assistência aos beneficiários e seus familiares, por intermédio dos seus próprios serviços ou mediante celebração de acordos com outras entidades oficiais e particulares. Cabia, ainda, a esta instituição autorizar todas as despesas relacionadas com este tipo de assistência, bem como a fiscalização do funcionamento dos estabelecimentos e serviços<sup>2117</sup>.

---

<sup>2114</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 42953. *Diário do Governo. I Série.* 98 (1960-04-27), p. 1020.

<sup>2115</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º. 48359. *Diário do Governo. I Série.* 101 (1968-04-27), p. 626.

<sup>2116</sup> *Ibidem*, p. 626.

<sup>2117</sup> *Ibidem*, p. 627.

### 3.2. O Combate à Malária

No início do século XX, a malária era, ainda, uma das principais causas de morte em Portugal. O panorama não era muito diferente de outros países do sul da Europa, como a Espanha, a Itália ou a Grécia. O combate à malária foi uma promessa não realizada da I República, sendo posteriormente assumida pelo Estado Novo. Conseguindo o apoio técnico e financeiro da *Fundação Rockefeller*, foi criada, em 1930, a *Estação Experimental de Controlo de Malária*, em Benavente, depois transferida para Águas de Moura, em 1933<sup>2118</sup>.

A luta contra a malária era outra das preocupações, durante o Estado Novo, em termos de saúde pública. Em 1935, foi criado o *Instituto de Medicina Tropical*, precursor da antiga *Escola de Medicina Tropical*, fundada em 1902. Contudo, razões de ordem pedagógica e científica impunham a remodelação da escola e a sua transformação num instituto. Devido à afluência de alunos e à falta de instalações, a antiga instituição via-se obrigada a sacrificar a sua missão científica à missão pedagógica. Dependente do *Ministério das Colónias*, o *Instituto de Medicina Tropical* passava a agregar funções de ensino, cultura e investigação científica decorrentes dessa especialidade médica<sup>2119</sup>.

A *Fundação Rockefeller*, que já colaborava, a nível sanitário, com o governo português desde o início dos anos trinta, elegeu o problema da malária como um dos núcleos fortes da sua intervenção em Portugal, para estimular a acção do Estado no desenvolvimento dos serviços de saúde pública. Uma das suas primeiras acções terá sido a realização de um inquérito sobre a malária em Portugal, levado a cabo por Landeiro<sup>2120</sup> e Francisco José Cambournac<sup>2121</sup>, sob orientação de Rolla Hill, representante da fundação americana no nosso país<sup>2122</sup>.

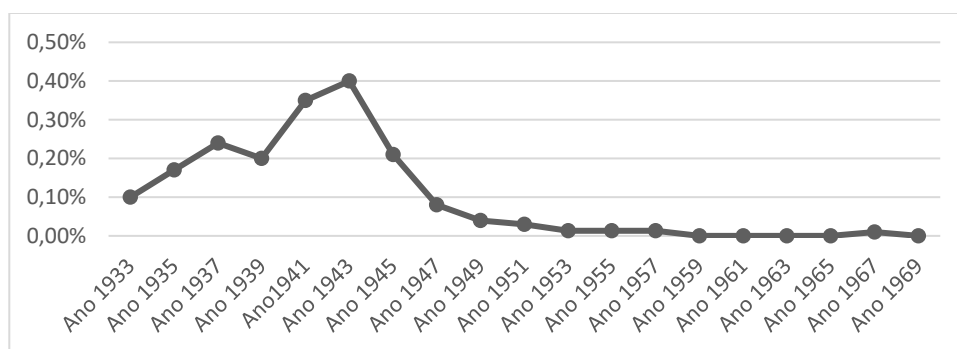
---

<sup>2118</sup> Cf. NINA, Jaime – Malária. In MALTEZ, Fernando; ALMEIDA, Ramalho de [coord.] – *História de Doenças Infecciosas*. [s.n.; s.l.], 2014, p. 89.

<sup>2119</sup> Cf. LEI nº. 1920. *Diário do Governo. I Série*. 122 (1935-05-29), p. 786.

<sup>2120</sup> **Fausto Landeiro (1896-1948)**: médico, com curso ministrado pela *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*. Foi docente nesta faculdade, regendo as cadeiras de Higiene, Epidemiologia, Bacteriologia e Parasitologia. Filiado no *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*, foi dirigente dos serviços anti-sezonáticos da *Direcção-Geral de Saúde*. Cf. UNIVERSIDADE DE LISBOA –

Até meados dos anos quarenta, a mortalidade por malária, em Portugal, era significativa. Contudo, a partir dos anos cinquenta, a letalidade por esta doença tenderia a diminuir drasticamente, até desaparecer, quase por completo nos finais da década de sessenta<sup>2123</sup>. Para esta redução da mortalidade associada à malária terá tido influência um investimento dos serviços de saúde no controlo da doença, como veremos em seguida.



**Gráf. 201:** Evolução percentual da mortalidade por malária (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>2124</sup>.

O Decreto-Lei nº. 28493, relativo ao licenciamento da cultura do arroz, criou, em 1938, a *Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos*, sob dependência da *Direcção-Geral de Saúde*. Na verdade, era junto das culturas de arroz que a doença mais se fazia sentir. Segundo o diploma, as estações anti-sezonáticas deveriam ser instaladas em Montemor-o-Velho, Benavente, Águas de Moura, Alcácer do Sal e os postos em Pocinho, Soure, Ponte de Sor e Azambuja, embora pudessem ser transferidos para outros lugares se houvesse necessidade. Para a cultura do arroz eram, muitas vezes, utilizados ranchos migratórios enquanto fontes de mão-de-obra. O presente diploma

---

LANDEIRO, Fausto Nunes. [Em linha], [cons. 6 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: [http://memoria.ul.pt/index.php/Landeiro\\_Fausto\\_Nunes](http://memoria.ul.pt/index.php/Landeiro_Fausto_Nunes)

<sup>2121</sup> **Francisco José Cambournac (1903-1994):** médico epidemiologista e tropicalista, destacou-se sobretudo no campo da malariologia. Membro fundador e director do *Instituto de Malariologia de Águas de Moura* (1939-1954) foi, ainda, director da O.M.S. para a região africana durante dez anos. Recebeu o prémio Léon Bernard, em 1978, distinção criada pela *Sociedade das Nações Unidas* para premiar trabalhos no domínio da saúde pública. Cf. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE – *Francisco Cambournac*. [Em linha], [cons. 6 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/QuemSomos/historia/OutPerso/Paginas/FranciscoCambournac.aspx>

<sup>2122</sup> Cf. SAAVEDRA, Mónica, *op. cit.*, p. 109.

<sup>2123</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

<sup>2124</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

passava a obrigar os proprietários dos arrozais a preparar alojamento ou “habitação higiénica” a esses trabalhadores, providas de redes metálicas e de outros meios utilizados no combate à malária<sup>2125</sup>.

Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigir e fiscalizar a acção das estações e postos;</li> <li>• Velar pelo estado sanitário dos ranchos migratórios e demais pessoal encarregue da cultura do arroz;</li> <li>• Inspeccionar as habitações do referido pessoal e prestar-lhe gratuitamente assistência médica;</li> <li>• Organizar sessões de formação para o pessoal técnico especializado;</li> <li>• Propor a realização das obras de saneamento indispensáveis;</li> <li>• Promover a defesa das populações atacadas através da instalação de redes metálicas nas habitações;</li> <li>• Fazer a divulgação das causas e efeitos do sezonismo, de modo a obter auxílio na luta contra a doença;</li> <li>• Executar trabalhos de investigação científica e de notação estatística e epidemiológica.</li> </ul>

**Tab. 60:** Competências da *Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos*, segundo o Decreto-Lei nº. 28493 (1938).

Em 1943, a malária era considerada um dos maiores problemas de saúde pública em Portugal, observando-se um alargamento do vírus a zonas onde até então não se registava. Grande parte das verbas dos serviços anti-sezonáticos era utilizada na compra de quinino. De facto, parecia que a luta contra esta doença se mostrava deficiente, observando-se focos de infecção no interior ou na vizinhança da cidade de Lisboa com conhecimento das autoridades sanitárias. Outras das razões para o alastramento desta doença seria a cultura do arroz por métodos que não garantiam o extermínio do agente patogénico<sup>2126</sup>.

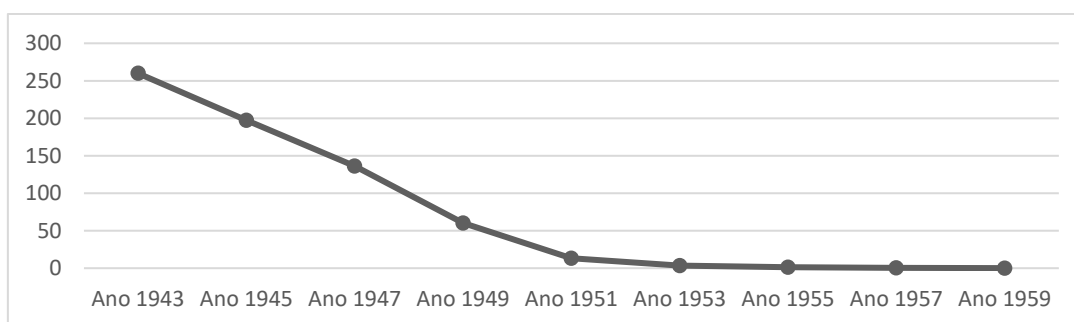
Devido ao problema que esta doença apresentava para a saúde pública, a *Câmara Corporativa*, no seu Parecer 9/III, reservava como medida a ser colocada em prática a luta contra o sezonismo, responsável pela perda de múltiplos dias de trabalho à população rural. Para erradicar a doença, a *Câmara Corporativa* previa a construção de dispensários (para pesquisa, profilaxia e tratamento com quinino), de postos de

<sup>2125</sup> Cf. DECRETO- LEI nº. 28493. *Diário do Governo. I Série.* 41 (1938-02-19), p. 501.

<sup>2126</sup> Cf. PORTUGAL:LEIS, DECRETOS – *Diário das Sessões da Assembleia Nacional.* III Legislatura, 1ª Sessão Legislativa, nº. 20S (1943-03-13), p. 39.

consulta, de estações (uma em cada zona de luta) e de um instituto de malariologia (para investigação científica e formação do pessoal)<sup>2127</sup>.

Em 1951, observou-se a utilização de modernos insecticidas, tais como o D.D.T. e o *Gamexana*, essenciais para travar a luta contra o agente patogénico. Nesse mesmo ano, o *Instituto de Malariologia de Águas de Moura* foi escolhido pela O.M.S. para nele se efectuar um curso internacional de paludismo<sup>2128</sup>. Em termos de morbilidade por malária, analisando os dados constantes no Parecer n.º. 42/VII da *Câmara Corporativa*, observamos uma quebra constante durante a década de quarenta, e uma quase erradicação da doença durante a década de cinquenta. Em discurso proferido na *XII Assembleia Mundial de Saúde* da O.M.S, Martins de Carvalho assumia que, após uma luta de mais de 20 anos, iniciada com o auxílio da *Fundação Rockefeller*, o paludismo tinha sido totalmente eliminado no território continental do nosso país, desde 1957<sup>2129</sup>.



**Gráf. 202:** Morbilidade por malária por 100.000 habitantes (1943-1959) [Fonte: PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA]<sup>2130</sup>.

No relatório referente ao *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, obtemos informação de que o paludismo foi erradicado da metrópole, região considerada desfavorável dado o seu íntimo contacto com as províncias ultramarinas, onde a doença ainda não havia sido erradicada. O mesmo documento relata que o controle do paludismo permitiu, nas zonas rurais, o alargamento das áreas de produção de arroz, sem prejuízo para as populações<sup>2131</sup>. O *III Plano de Fomento para 1968-1973*

<sup>2127</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 109.

<sup>2128</sup> Cf. PINHO, Bernardo de, *op. cit.*, p. 35.

<sup>2129</sup> Cf. Portugal na XII Assembleia Mundial da Saúde, da O.M.S., em Genebra. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. VI, n.º.2. Abril/Junho, 1959, p. 164.

<sup>2130</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2131</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 988.

confirmava a erradicação, na metrópole, do paludismo e do *Aedes aegypti*, espécie transmissora da febre-amarela<sup>2132</sup>.

Ao longo do regime, observamos um crescimento do total de doentes assistidos e parasitados entre 1935 e 1937, mantendo-se durante a década de quarenta e aumentando exponencialmente durante os anos sessenta (*vide* gráfico 203)<sup>2133</sup>. O mesmo comportamento se notava no que era relativo à evolução do total de consultas anti-sezonáticas. Observa-se um aumento do número destas consultas, nas estações e postos entre 1935 e 1945, registando-se um grande decréscimo até ao final dos anos cinquenta (*vide* gráfico 204). A partir dos anos sessenta nota-se um crescimento exponencial da assistência a estes doentes. Quanto ao total de estações anti-sezonáticas, observou-se um crescendo entre 1935 e 1969, estacionando na ordem das catorze (*vide* gráfico 205)<sup>2134</sup>.

O crescimento exponencial de doentes assistidos e parasitados durante os anos sessenta é explicado pela entrada, em Portugal continental, de indivíduos provenientes do Ultramar e de outras regiões infectadas com a doença, devido à Guerra Colonial, muitos deles portadores de plasmódios capazes de originar o reaparecimento da mesma, existindo, no continente, os mosquitos transmissores. Como sublinhava o Parecer n.º 42/VII da *Câmara Corporativa*, a “benignidade do clima e as nossas ligações com o Ultramar são factores propícios à reaparição da endemia”<sup>2135</sup>.

Note-se que, ainda durante o início dos anos 1960, Portugal recebia avultadas verbas da O.M.S. para a erradicação do paludismo, quer no território continental, quer nas colónias, como já observámos anteriormente<sup>2136</sup>.

---

<sup>2132</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 8777.

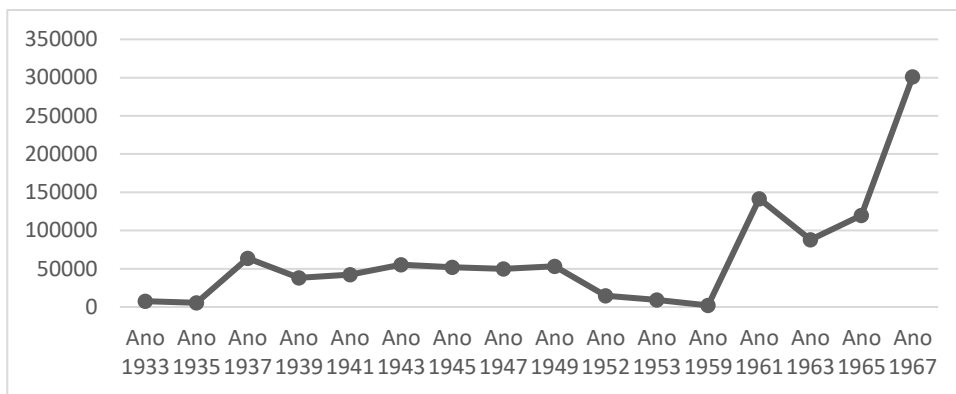
<sup>2133</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1968].

<sup>2134</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1935-1969].

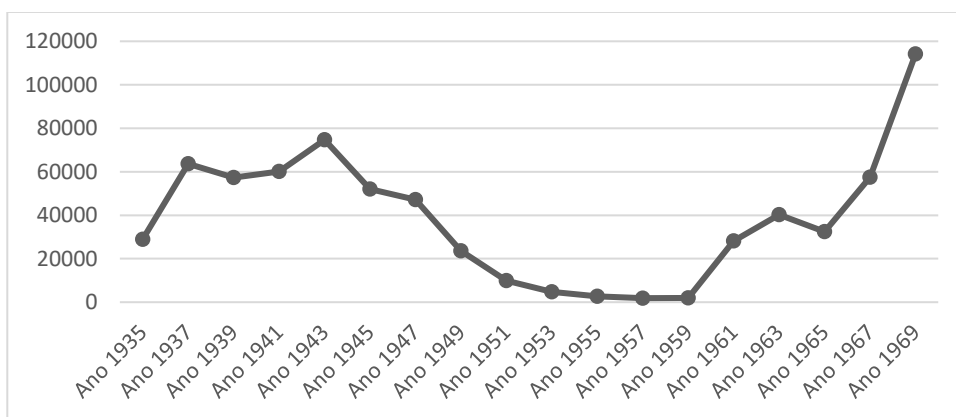
<sup>2135</sup> Cf. PARECER n.º 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1450.

<sup>2136</sup> Cf. Portugal na XIII Assembleia Mundial de Saúde, p. 37

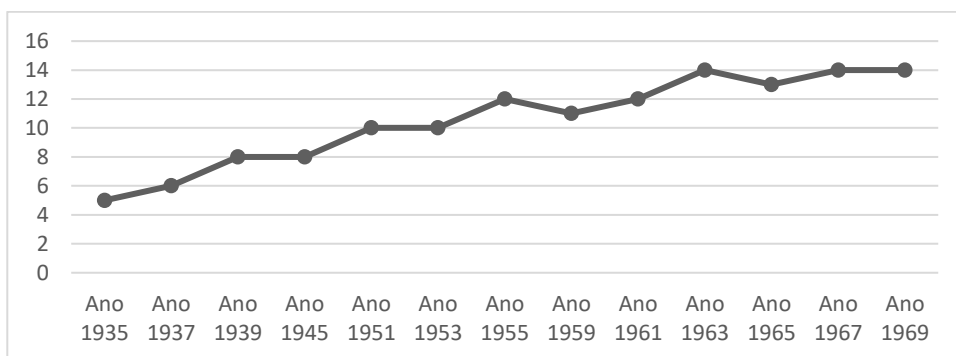




**Gráf. 203:** Evolução do total de doentes assistidos e parasitados nos postos e estações anti-sezonáticas (1933-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>2137</sup>.



**Gráf. 204:** Evolução do total de consultas anti-sezonáticas nas estações e postos (1935-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1936-1970)]<sup>2138</sup>.



**Gráf. 205:** Evolução do total de estações anti-sezonáticas (1935-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1936-1970)]<sup>2139</sup>.

<sup>2137</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2138</sup> Idem.

<sup>2139</sup> Idem.

Em 1966, foi extinto o *Instituto de Medicina Tropical* e criada a *Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical*, como havíamos feito referência. Esta escola passava a ministrar o curso de Medicina Tropical e o curso elementar de Higiene Tropical, formando os recursos humanos efectivos nesta área<sup>2140</sup>.

Em 1953, a malária foi eliminada da bacia do Sado e o último caso endémico, no nosso país, foi detectado em 1959. A O.M.S. certificou Portugal enquanto país livre de malária em 1973. A eliminação desta doença é considerada, por alguns nomes da epidemiologia portuguesa, como “um dos maiores êxitos de toda a história da medicina portuguesa”<sup>2141</sup>.

### 3.3. O Estigma da Lepra em Portugal

Prevalente em Portugal, desde a Idade Média, o bacilo de Hansen foi descoberto em finais do século XIX, perdendo a doença a pretensa etiologia hereditária, para passar a ser considerada uma doença infecciosa. Apesar das recomendações nacionais e internacionais, Portugal não possuía qualquer política de profilaxia da doença. Em 1931, a comissão de combate à lepra da *Sociedade das Nações* aconselhava a publicação de medidas legislativas no sentido da declaração obrigatória da doença, do isolamento de casos contagiosos e do tratamento dos mesmos. O isolamento dos casos contagiosos não tinha de ser entendido, segundo o governo, como uma segregação de incuráveis, mas como uma “condição primeira de um tratamento metódico em que se devem depositar justificadas esperanças”<sup>2142</sup>.

Segundo o Parecer n.º. 42/VII da *Câmara Corporativa*, em 1930 foi nomeada uma comissão encarregada de estudar e propor as medidas adequadas à profilaxia e ao isolamento dos leprosos. Contudo, segundo o documento, esta comissão não chegou a

---

<sup>2140</sup> Cf. DECRETO- LEI n.º. 47102, p. 1268.

<sup>2141</sup> Cf. NINA, Jaime, *op. cit.*, p. 87.

<sup>2142</sup> Cf. PARECER n.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1447.

apresentar relatório dos seus trabalhos, tendo apenas apresentado um censo do número de leprosos, realizado com a colaboração da *Fundação Rockefeller*, publicado em 1938, que assinalava a existência de 1127 doentes em Portugal<sup>2143</sup>.

Outra comissão, reunida em 1933, para o solucionamento do problema hospitalar, da qual já fizemos referência, também se debruçou sobre o problema dos doentes leprosos, apresentando algumas ideias eugénicas e segregadoras desta população. Segundo o documento, “os leprosos, além de serem contagiosos, muitos deles são repelentes pelas deformações e mutilações que apresentam. Devia ser obrigatório o tratamento de todo o leproso, pois actualmente consegue-se curar alguns e esterilizar bastantes. A actual instalação de leprosos do Hospital do Rego é um acanhado terreiro, limitado por arame farpado e sombreado por um muro alto, é deveras desumana e vergonhosa. No Mouchão do Escaroupim, ou em qualquer outra ilha do Tejo poder-se-ia construir um hospício-gafaria com boa assistência médica, aproveitando o seu trabalho na agricultura e na indústria”<sup>2144</sup>. Note-se, contudo, que a ideia proposta por esta Comissão, constituída por grandes nomes da medicina portuguesa, relativa ao isolamento e à esterilização dos doentes leprosos parecia se coadunar com o pensamento eugenista muito em voga na época, porém recusado pela doutrina do Estado Novo.

Na década de 1930, os *Hospitais da Universidade de Coimbra* decretaram o término do internamento dos doentes leprosos, sendo substituídos, neste âmbito, pelo *Hospital Curry Cabral*, em Lisboa, e pelo *Hospital Joaquim Urbano*, no Porto. Esta carência terá levado Bissaya Barreto a empenhar-se no combate à lepra em Portugal, redigindo vários artigos referente ao tema<sup>2145</sup>.

Bissaya Barreto sublinhava a ocorrência e a disseminação da lepra nas camadas populares, sobretudo rurais, e a inexistência de um plano estratégico contra a doença. Tal era, por si, considerado como uma vergonha nacional. Para o combate à doença, defendia um modelo assente no dispensário e no asilo-colónia, que segregava os doentes. Ao contrário da leprosaria medieval, que qualificava como prisão, a nova leprosaria era idealizada como uma comunidade aprazível e harmoniosa, a qual os

---

<sup>2143</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1149.

<sup>2144</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar/CO/IN* – 1A, pt. 6.

<sup>2145</sup> Cf. CRUZ, Alice – O Hospital Colónia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória. In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 16, nº.2, abril-junho, 2009, p. 410.

doentes buscavam voluntariamente<sup>2146</sup>, numa clara utopia biomédica<sup>2147</sup>. A assistência aos leprosos era considerada como uma defesa da população sadia. Por tal, era necessário convencer o doente dos benefícios que o Hospital-Colónia lhe procurava dar, levando-o a aceitar o seu internamento naquele local como “uma bênção de Deus”, de modo a evitar o pior problema da profilaxia da doença: a fuga do leproso. O leproso fugitivo sabia que seria castigado e obrigado a regressar à instituição<sup>2148</sup>. O Hospital-Colónia era, pois, um hospital-prisão para os leprosos contagiosos.

Aproveitando, por um lado, as ideias de cariz eugenista dos membros da comissão – Henrique Bastos, Fernando Matos Chaves e Reynaldo dos Santos – e, por outro, os estudos de Bissaya Barreto, foi criada a *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*, pelo Decreto-Lei nº. 29122, na qual se empregou o produto da herança daquele benemérito. Esta organização destinava-se ao internamento e ao tratamento de leprosos de ambos os sexos, de todo o país, e ao estudo da profilaxia e cura da lepra. O projecto visava a construção de um hospital, asilo e colónia agrícola, formando um conjunto isolado, dependendo administrativamente dos *Hospitais Civis de Lisboa*<sup>2149</sup>.

Contudo, só em 1947 foi gizado um plano nacional de combate à lepra, através do Decreto-Lei nº. 36450, e inaugurada a *Leprosaria Nacional*. A assistência aos leprosos abrangia uma acção profiláctica e terapêutica. Conforme os casos, os doentes eram submetidos a um regime de observação e vigilância sanitária, vigilância e tratamento ambulatorio, internamento em estabelecimento adequado ou tratamento domiciliário. Se fossem considerados clinicamente curados, eram submetidos ao regime de vigilância sanitária. Aqueles que não ofereciam perigo de contágio eram submetidos a vigilância e a tratamento ambulatorios. Os doentes contagiosos eram compulsivamente internados em estabelecimentos apropriados. Contudo, se estes últimos não tivessem filhos sãos a habitar com eles, poderiam ser tratados no domicílio. Segundo o mesmo diploma, esta doença passava a ser de declaração obrigatória<sup>2150</sup>.

O mesmo diploma criou o *Instituto de Assistência aos Leprosos*, sediado em Lisboa, e dependente da *Direcção-Geral de Saúde*. Os estabelecimentos e serviços

---

<sup>2146</sup> Cf. BARRETO, Fernando Bissaya- Acudamos os leprosos: a lepra, o mal sujo e imundo dos antigos. In *A Saúde*. Coimbra, v. 171-172, 1938, p. 3.

<sup>2147</sup> CRUZ, Alice, *op. cit.*, p. 411.

<sup>2148</sup> Cf. BARRETO, Fernando Bissaya – Assistência Nacional aos Leprosos: Assistência às Famílias Necessitadas, p. 145.

<sup>2149</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 29122. *Diário do Governo, Série I*. 265 (1938-11-15), p. 1496.

<sup>2150</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 36450. *Diário do Governo, Série I*. 177 (1947-08-02), p. 752.

destinados a prestar assistência aos leprosos e suas famílias eram: dispensários, preventórios e casas de educação, o hospital-colónia, asilos e brigadas móveis. Os dispensários podiam dividir-se em dispensário central, dispensários regionais e postos de consultas. Aos dispensários competia: os serviços de inquérito, diagnóstico, consulta e serviço social; o exame e a vigilância dos suspeitos e dos filhos sadios que se encontrassem em regime domiciliário; a observação e tratamento de doentes não contagiosos em regime ambulatorio; a vigilância de doentes com alta provisória; e propostas de internamento dos doentes contagiosos<sup>2151</sup>.

Os preventórios e casas de educação destinavam-se ao isolamento e educação de crianças em perigo de contágio, quando não podiam ser educadas pelos progenitores doentes. Às brigadas móveis, dependentes dos dispensários, competia observar e tratar os doentes não contagiosos em regime ambulatorio, promover o internamento dos contagiosos, colaborando com os delegados e subdelegados de saúde<sup>2152</sup>.

Com a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, o *Instituto de Assistência aos Leprosos* passou a ser considerado um instituto coordenador, integrado na orgânica do novo ministério<sup>2153</sup>.

O hospital-colónia foi edificado na vila da Tocha, concelho de Cantanhede, numa propriedade com cerca de 140 hectares, com lotação para 1000 doentes. O projecto coube a Carlos Ramos, arquitecto destacado, à época, no *design* hospitalar. A escolha daquele local para a instalação da leprosaria estava ligada a uma alta prevalência daquela doença na região centro do país, o seu isolamento face a grandes aglomerados populacionais e a sua clara distância de Lisboa, e as condições do clima e do solo, ideais para a terapêutica da lepra<sup>2154</sup>.

---

<sup>2151</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 36450, p. 753.

<sup>2152</sup> Ibidem, p. 754.

<sup>2153</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 42210, p. 379.

<sup>2154</sup> Cf. CRUZ, Alice, *op. cit.*, p. 409.

## Competências Gerais

- Orientar e fiscalizar a ação profiláctica e terapêutica no combate à lepra;
- Criar e manter estabelecimentos e serviços necessários à observação, vigilância, tratamento e isolamento dos leprosos;
- Estimular e coordenar as iniciativas particulares que se proponham o mesmo objectivo.

## Competências Específicas

- Proceder a estudos sobre a lepra e criar e manter serviços de análise laboratorial e investigação científica especializada;
- Formar recursos humanos especializados;
- Promover a educação sanitária da população contra a lepra;
- Elaborar o censo dos leprosos e suspeitos, coligir elementos relativos aos doentes internados, tratados em regime ambulatorio ou sujeitos a vigilância, organizando a estatística demográfica e nosológica;
- Estabelecer normas para o internamento e para a alta aos doentes e organizar os processos de admissão nos estabelecimentos oficiais, decretando o internamento de doentes sempre que seja necessário;
- Estabelecer normas de tratamento e vigilância dos assistidos nos dispensários ou no domicílio e dos internados nos preventórios;
- Criar brigadas móveis;
- Prestar assistência aos leprosos e suas famílias;
- Exercer a administração dos bens dos internados, quando estes o desejem ou sempre que não se encontrem assegurados;
- Propor ao governo as providências que julgasse necessárias para a luta contra a lepra e para a assistência aos leprosos e suas famílias.

**Tab. 61:** Competências gerais e específicas do *Instituto de Assistência aos Leprosos*, segundo do Decreto-Lei nº.36450 (1947).

Na verdade, a ideia de uma leprosaria nacional não era inédita. Do ponto de vista internacional, nos Estados Unidos da América, em 1921, foi fundada pelo *U.S. Public Health Service*, a última leprosaria nacional americana, Carville, no Louisiana. Entre 1921 e 1950, os cidadãos americanos com lepra eram internados compulsivamente naquela instituição, com um historial de discriminação, isolamento e de estigma face a estes doentes<sup>2155</sup>. Na Austrália, entre 1880 e 1955, funcionou o *Channel Island Leprosarium*, onde se procedia ao isolamento e à segregação da população aborígine. Em 1955, esta leprosaria foi encerrada e fundada uma outra, o *Darwin Leprosarium*<sup>2156</sup>. Leprosarias eram também encontradas na China, na Índia, no Japão, onde ainda hoje existem, mas no início da década de cinquenta, já dificilmente se encontravam na Europa.

<sup>2155</sup> Cf. FAIRCHILD, Amy – Community and confinement: The envolving experience for isolation for leprosary in Carville, Louisiana. In *Public Health Report*, 119(3), May-Jun, 2004, pp. 362-370.

<sup>2156</sup> Cf. SAUNDERS, Suzanne – *A suitable Island site: leprosary in the nothern territory and the Channel Island Leprosarium, 1880-1955*. Darwin: Historical Society of the Northern Territory, 1898, p. 17.

No solo europeu, temos a notícia da existência de uma leprosaria em Mektovic, na actual Croácia, junto à fronteira com a Bósnia, que funcionou entre 1905 e 1925<sup>2157</sup>. Em Espanha também é possível encontrar várias leprosarias, existentes até aos dias de hoje. O *Sanatório Fontilles*, em Alicante, fundado em 1909, sob a direcção da Companhia de Jesus, após a República, em 1931, passou para a égide da *Dirección General de Sanidad*, tornando-se no *Sanatório-Leprosería Nacional*. Em 1942, iniciava-se a construção do *Sanatório de Trillo*, em Guadalajara. Para além destes sanatórios já existiam o *Regional de Las Palmas* e o de *San Lazaro de Barcelona*<sup>2158</sup>. Na Alemanha, em 1899, foi fundado o *Sanatório de Memel*, evacuado em Outubro de 1944. Na Grécia era conhecida, desde 1903, a *Leprosaria de Spinalonga*, situada numa ilha de Creta, onde os doentes estavam isolados numa fortaleza. Spinalonga fecharia as portas em 1957<sup>2159</sup>.

Quando a maioria dos países europeus civilizados havia abandonado o conceito de leprosaria, em Portugal era inaugurada a *Leprosaria Nacional*. O isolamento social e medicamente justificado destes doentes de forma a reduzir o contágio e aplicar o tratamento adequado deixava de fazer sentido, devido aos novos avanços farmacológicos e à erradicação da doença, nos países mais desenvolvidos. Por tal, Portugal pensava estar na “vanguarda dos Estados de quase todo o mundo onde existem leprosos”<sup>2160</sup>, construindo a melhor instalação para leprosos a nível mundial. Em Espanha, a publicação do diploma português relativo ao combate à lepra parecia ter suscitado um grande interesse. Num acto de pura propaganda, o governo adiantava, ainda: “não é a primeira vez, e não será a última que os estrangeiros fazem justiça a esforços e realizações tidas pelos nacionais”<sup>2161</sup>.

O Hospital-Colónia gozava de autonomia técnica e administrativa, com orientação superior do *Instituto de Assistência aos Leprosos* e da fiscalização administrativa dos *Hospitais Civis de Lisboa*<sup>2162</sup>. A instituição era composta por um

---

<sup>2157</sup> Cf. WOKAUNN, M. [et al.] – Between stigma and dawn of medicine: the last leprosarium in Croatia. In *Croat Medicine Journal* 47(5), October, 2006, p. 759-766.

<sup>2158</sup> Cf. LAS AGUAS, José Terencio – Historia de la lepra en España. In *Piel* 20(9), 2005, p. 485-497.

<sup>2159</sup> Cf. KARAMANOU, M. [et al] – Leper’s Island: Spinalonga. In *Presse Medique*, 42(11), Nov. 2013, p. 1526-1529.

<sup>2160</sup> Cf. Foi inaugurado o Hospital Colónia Rovisco Pais, que ocupa a área de 1.200 m<sup>2</sup> e que no dizer dos técnicos é a melhor instalação para leprosos existente no mundo. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º. 53/55, Julho/Setembro 1947, p. 245.

<sup>2161</sup> Ibidem, p. 245.

<sup>2162</sup> Cf. DECRETO n.º. 36451. *Diário do Governo, Série I*. 177 (1947-08-02), p. 754.

dispensário central, um hospital (para o tratamento de outras doenças intercorrentes ou para tratamentos especiais), um asilo (para o internamento de doentes inválidos para o trabalho), casas de trabalhadores (destinadas a doentes aptos para o trabalho), núcleos familiares (para famílias doentes), preventório e casa de educação (destinadas à educação e tratamento dos filhos dos leprosos contagiosos impossibilitados de viver junto dos pais). Para além destas valências, funcionava ainda, na instituição, um centro de estudos e investigações científicas para o estudo da lepra e estava projectado um pavilhão destinado ao tratamento de doenças infecto-contagiosas de leprosos alienados, presos e ao isolamento dos indisciplinados<sup>2163</sup>.

Em 1951, a *Leprosaria Nacional* albergava 620 leprosos, iniciando-se a segunda fase da construção, que aumentava o número de leitos. Com novos medicamentos – sulfonas diazona e promin - passava a ser possível curar ou melhorar muitos doentes, tornando-os não contagiosos<sup>2164</sup>. Em 1956, o director-geral da O.M.S., Marcolino Candau, visitou Portugal e, entre outros estabelecimentos, aproveitou para conhecer a *Leprosaria Nacional*<sup>2165</sup>.

Durante os primeiros dez anos de funcionamento deste hospital, observou-se um aumento do total de doentes internos, a grande maioria proveniente dos distritos de Leiria e Coimbra, onde era mais elevado o grau de endemicidade da lepra. Entre 1954 e 1955, foram inaugurados três novos pavilhões, possibilitando albergar maior número de internos. Naquele hospital era possível aceder a consultas de especialidade, nomeadamente oftalmologia, estomatologia, otorrino, obstetrícia e ginecologia, psiquiatria e transfusões de sangue. Contudo, uma das especialidades mais importantes para aquela população de doentes ainda não estava acessível, em 1958: a cirurgia plástica<sup>2166</sup>.

Para além dos serviços internos, o hospital desenvolvia, também, serviços externos, constituídos por brigadas móveis para rastreio de casos recentes de lepra, revisão dos doentes em tratamento domiciliário e educação sanitária das populações. Do ponto de vista terapêutico, observou-se a substituição gradual de medicação diversa para

---

<sup>2163</sup> Cf. DECRETO n.º 36451, p. 755.

<sup>2164</sup> Cf. PINHO, Bernardino de, *op. cit.*, p. 35.

<sup>2165</sup> Cf. ANTT – *Arquivo Oliveira Salazar*, CO-IN-10 A, pt. 8.

<sup>2166</sup> Cf. BASTO, Pedro de Magalhães – Hospital-Colónia Rovisco Pais: Principais Actividades Clínicas durante o ano de 1957. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, n.º 131/132, Janeiro/Junho 1958, p. 221.



a lepra pela diamino-difenil-sulfona, pelas vantagens terapêuticas e pelo mais baixo custo<sup>2167</sup>.

Em 1961, já após a criação do *Ministério da Saúde e Assistência*, foi criado o Conselho Técnico de Leprologia, que funcionava junto do *Instituto de Assistência aos Leprosos*, na dependência técnica da *Direcção-Geral de Saúde*. A este Conselho ficavam tecnicamente subordinados o *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, com todos os seus estabelecimentos e serviços, o *Centro de Estudos de Leprologia* e todos os serviços existentes, de carácter oficial e particular, que tivessem como finalidade a assistência aos leprosos. O Conselho era constituído por três médicos, um deles o director do *Instituto de Assistência aos Leprosos* e os restantes nomeados pelo ministro da Saúde e Assistência<sup>2168</sup>.

Conselho Técnico de Leprologia
<ul style="list-style-type: none"><li>•Elaborar pareceres solicitados pelo ministro da Saúde e Assistência ou pela D.G.S.;</li><li>•Orientar estudos e trabalhos de investigação sobre a lepra, mantendo relações com congéneres internacionais;</li><li>•Formar o pessoal técnico da área;</li><li>•Promover a publicação de uma revista sobre Leprologia;</li><li>•Orientação técnica dos serviços clínicos do Hospital-Colónia dos restante organismos;</li><li>•Elaborar as normas técnicas para a concessão de licenças e altas dos doentes internados no respectivo hospital e definir as condições de tratamento em regime de isolamento domiciliário;</li><li>•Aprovar o plano de actividade das brigadas móveis do Hospital;</li><li>•Distribuir as moradias do bairro residencial do Hospital-Colónia pelos funcionários, definindo os de residência obrigatória.</li></ul>

**Tab. 62:** Competências do Conselho Técnico de Leprologia, segundo o Decreto-Lei nº. 43756 (1961).

Em 1960, respondendo a um apelo da O.M.S., Portugal organizava, por intermédio do *Instituto de Assistência aos Leprosos*, o curso internacional de leprologia. O curso decorreu no *Hospital-Colónia Rovisco Pais*<sup>2169</sup>.

No Parecer nº. 42/VII da *Câmara Corporativa*, relativo ao *Estatuto da Saúde e Assistência*, observamos, pela primeira vez, uma reflexão sobre uma possível

<sup>2167</sup> Cf. BASTO, Pedro de Magalhães – Hospital-Colónia Rovisco Pais: Principais Actividades Clínicas durante o ano de 1957, p.225.

<sup>2168</sup> Cf. DECRETO-LEI nº. 43756. *Diário do Governo, Série I*. 148 (1961-06-28), p. 763.

<sup>2169</sup> Cf. Curso Internacional de Leprologia. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. VII, nº. 3, Julho/Setembro 1960, p. 1.

necessidade de alteração do regime de isolamento destes doentes. O documento refere a existência de defensores do tratamento livre, por razões de ordem sanitária, médica, social e financeira. Estes grupos internacionais baseavam os seus fundamentos na ocultação de demasiados casos contagiosos, que deixavam de ser vigiados, devido ao isolamento compulsivo ditado por alguns Estados, nas novas possibilidades de tratamento ambulatorio, no factor de discriminação destes doentes e no encargo financeiro inerente ao seu internamento. Contudo, o documento parece concordar que o nosso país não estava preparado, em termos de condições higiénicas e de educação dos doentes, para a assunção de um regime livre. Na verdade, concluía o documento, os encargos não eram assim tão pesados para o Estado, cifrando-se nos 13.000 contos anuais. Por tal, o regime não abdicava do isolamento dos doentes contagiosos, tentando-o tornar menos penoso<sup>2170</sup>.

No relatório referente ao *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, observa-se que a lepra continuava em regressão. No que dizia respeito aos doentes, seria possível obter a sua cura clínica, eliminando-lhes o carácter de doentes contagiosos<sup>2171</sup>.

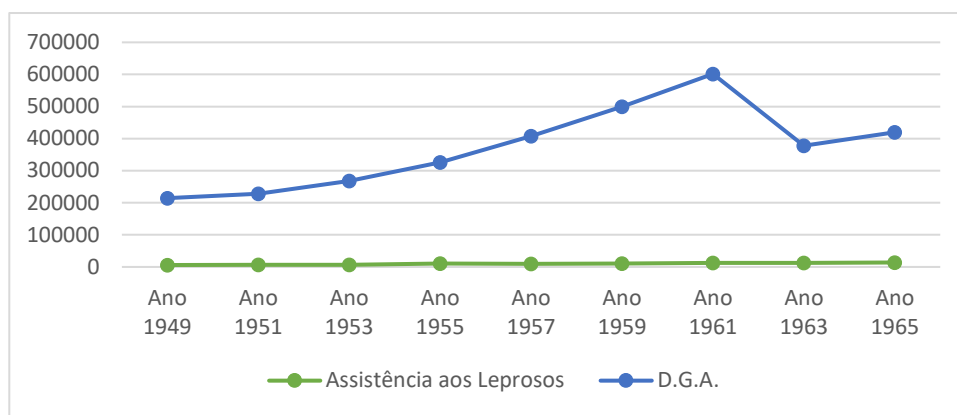
Em termos da despesa orçamentada da *Direcção-Geral de Assistência* com os leprosos, observamos, entre 1949 e 1965, um claro aumento da mesma. Em cerca de vinte anos, a despesa com a assistência aos leprosos quase duplicou. Contudo, quando comparada com a despesa total da *Direcção-Geral de Assistência*, observamos que ambas as despesas correram a duas velocidades, sendo a concernente à respectiva direcção-geral a mais consistente. Na verdade, durante o período em estudo, a despesa com a assistência aos leprosos não ultrapassou os 3% da despesa total daquele organismo<sup>2172</sup>.

---

<sup>2170</sup> Cf. PARECER n.º 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA, p. 1448.

<sup>2171</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 987.

<sup>2172</sup> Cf. PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1949-1965]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1950-1966].



**Gráf. 206:** Despesa orçamental comparada entre a despesa total da *Direcção-Geral de Assistência* e a despesa daquele organismo com a assistência aos leprosos – em contos (1949-1965) [Fonte: *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1949-1965]*<sup>2173</sup>].

### 3.4. A Luta contra as Doenças Venéreas

As doenças venéreas eram consideradas um verdadeiro flagelo social, devido à sua enorme importância para a saúde pública e para o “futuro da raça”. A sífilis era uma das doenças mais espalhadas em Portugal, tornando-se necessário, segundo o Parecer 9/III da *Câmara Corporativa*, multiplicar os dispensários de higiene social, desenvolvendo a actividade profiláctica<sup>2174</sup>. Até 1951, observamos um grande decréscimo da mortalidade por sífilis. No início da década de cinquenta, a mortalidade por esta doença era menos de metade da registada em 1933. Contudo, no decorrer da década de cinquenta, observa-se um ligeiro acréscimo da letalidade provocada por esta doença, mortalidade que seria quase nula no final da década de sessenta<sup>2175</sup>.

A primeira metade do século XX foi marcada pela actuação dos dispensários antivenéreos, com um importante papel no controlo da prostituição e da sífilis. De facto, a prostituição parecia ser tolerada durante grande parte do regime, sendo apenas proibida a partir de 1963. Estes dispensários, também chamados de “higiene social”, inscreviam-se nas práticas da higiene social, uma componente da medicina social, que ganhou importância durante o início do século XX e que era acarinhada pelo regime. A sífilis e a prostituição eram consideradas uma “ameaça à família”. Nesse sentido, os

<sup>2173</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2174</sup> Cf. PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, p. 98.

<sup>2175</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

dispensários de higiene social possuíam como principal função a propaganda e a divulgação dos princípios de higiene individual, a profilaxia e o tratamento de doenças venéreas e da sífilis, disponibilizando os recursos necessários aos infectados e às suas famílias<sup>2176</sup>.

Em 1949, a Lei nº. 2036, que legislava a luta contra as doenças infecciosas, reservou várias bases relativas ao combate às doenças venéreas (sífilis, blenorragia, cancro mole e linfogranuloma). Segundo ela, as pessoas afectadas por estas doenças, em fase de contágio, suspeitas de desenvolverem a patologia, eram obrigadas a fazerem-se observar e tratar por médicos da sua escolha, da instituição de previdência onde se achassem inscritas ou dos serviços de saúde ou assistência. Essas pessoas eram, também, obrigadas a submeterem-se a exames médicos e laboratoriais determinados pelas autoridades sanitárias<sup>2177</sup>.

Na luta contra estas doenças, os médicos, mantendo o seu sigilo profissional, assumiam um papel de relevo, obrigados a advertir os doentes da gravidade e das consequências das afecções venéreas e do perigo do seu contágio, chamando a atenção para o “dever moral” de não praticarem actos que pudessem facilitar a transmissão da doença, punidos com sanção legal<sup>2178</sup>. Para controlar estas doenças, o governo proibia novas matrículas de prostitutas e a abertura de novas casas de toleradas<sup>2179</sup>.

Em 1951, Bernardo de Pinho, considerava a sífilis como causadora de uma mortalidade ainda elevada, atendendo aos recursos terapêuticos disponíveis<sup>2180</sup>. Em 1945, Alexander Fleming descobriu a penicilina e, por tal, ganhou o prémio Nobel. Contudo, durante os primeiros anos foi difícil produzi-la em grandes quantidades. No entanto, esta descoberta foi fundamental para o tratamento da sífilis<sup>2181</sup>.

No *IV Congresso da União Nacional*, realizado em 1956, Fernando de Melo Caeiro defendia que os dispensários de higiene social deveriam ser os centros de

---

<sup>2176</sup> Cf. SARAIVA, Luís Costa; SAAVEDRA, Mónica – Prostituição, higiene social e profilaxia da sífilis. In BASTOS, Cristiana [coord.] – *Clínica, Arte e Sociedade: A sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2011.

<sup>2177</sup> Cf. LEI nº. 2036, p. 561.

<sup>2178</sup> Segundo a Lei nº. 2036, as pessoas que, tendo conhecimento de estarem infectadas de doença venérea em período contagioso, a transmitissem, eram punidas com prisão correcional, de seis meses a dois anos e multa correspondente. A pena de prisão podia ser substituída pelo internamento em estabelecimento de readaptação profissional, por igual período de tempo. Cf. LEI nº. 2036, p. 562.

<sup>2179</sup> Cf. LEI nº. 2036, p. 561.

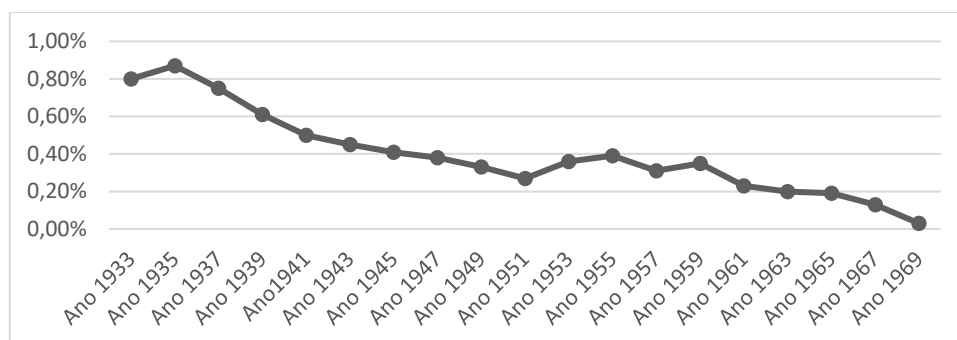
<sup>2180</sup> Cf. PINHO, Bernardo de, *op. cit.*, p. 46.

<sup>2181</sup> Cf. BASSO, Paula, *op. cit.*, p. 167.

aplicação das normas de medicina social, preventiva e de educação sanitária. Contudo, o médico acreditava que estes dispensários deveriam dar lugar, por ampliação das suas funções e objectivos, a centros de saúde. Estes últimos deveriam servir para a educação sanitária da população, como base em um programa de medicina preventiva e saúde pública<sup>2182</sup>.

Em 1961, no Parecer da *Câmara Corporativa* sobre o *Estatuto da Saúde e Assistência*, as doenças venéreas eram, ainda, consideradas um flagelo social. Na verdade, a descoberta dos antibióticos, segundo aquela Câmara, tinha provocado uma descida brusca do total de casos e alimentara a esperança de que as doenças viriam a desaparecer num curto prazo. Contudo, tal não sucedera<sup>2183</sup>.

No relatório do *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, encontramos informação sobre um decréscimo do total de casos em período de contágio. Contudo, o documento defende o não descaramento de preceitos profilácticos, nem da prática de medicina preventiva<sup>2184</sup>.



**Gráf. 207:** Evolução percentual da mortalidade por sífilis (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>2185</sup>.

A evolução de postos antivenéreos e dispensários de higiene social foi de crescimento, embora irregular, entre 1935 e 1959<sup>2186</sup>. Entre estes anos, é inegável que o número destes estabelecimentos triplicou. Contudo, a partir da década de sessenta, observamos uma queda abrupta do número destas estruturas de saúde, para números

<sup>2182</sup> Cf. CAEIRO, Fernando de Melo, *op. cit.*, p. 109.

<sup>2183</sup> Cf. PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1390.

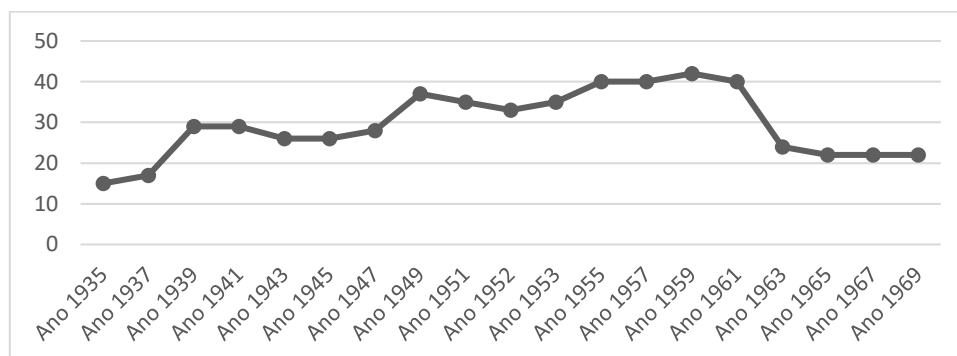
<sup>2184</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 989.

<sup>2185</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2186</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1970].

encontrados na década de trinta. Do ponto de vista da sua distribuição por distritos, nota-se que os distritos onde se encontravam em maior número eram os de Lisboa, Porto, Faro e Viana do Castelo<sup>2187</sup>.

Quanto ao número de consultas nos estabelecimentos antivenéreos, observou-se um incremento uniforme até 1959, ano em que se verificou um crescimento exponencial destas consultas, para depois caírem abruptamente no início da década de sessenta<sup>2188</sup>. De forma a ser possível analisar a dependência patrimonial destes postos, conseguimos reunir, para o período entre 1963 e 1969, os dados que nos confirmaram que era o Estado, seguido pelos organismos corporativos, os detentores destes postos<sup>2189</sup>. Contudo, em anos anteriores, também as misericórdias e os particulares foram possuidores deste tipo de estabelecimentos, como comprovam os dados reunidos relativos à dependência patrimonial das consultas efectivadas por estes estabelecimentos<sup>2190</sup>. Só a partir do início da década de sessenta é que o Estado passou a monopolizar a gestão destes equipamentos, o que correspondeu, consequentemente, a uma queda do seu número e do número de consultas prestadas.



**Gráf. 208:** Evolução do total de postos antivenéreos e dispensários de higiene social (1935-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1936-1970)]<sup>2191</sup>.

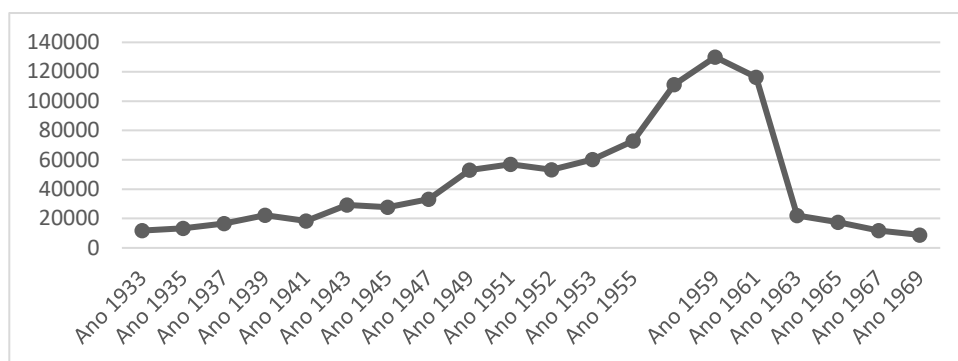
<sup>2187</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1970].

<sup>2188</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1933-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1934-1970].

<sup>2189</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1963-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1964-1970].

<sup>2190</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1959-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1960-1970].

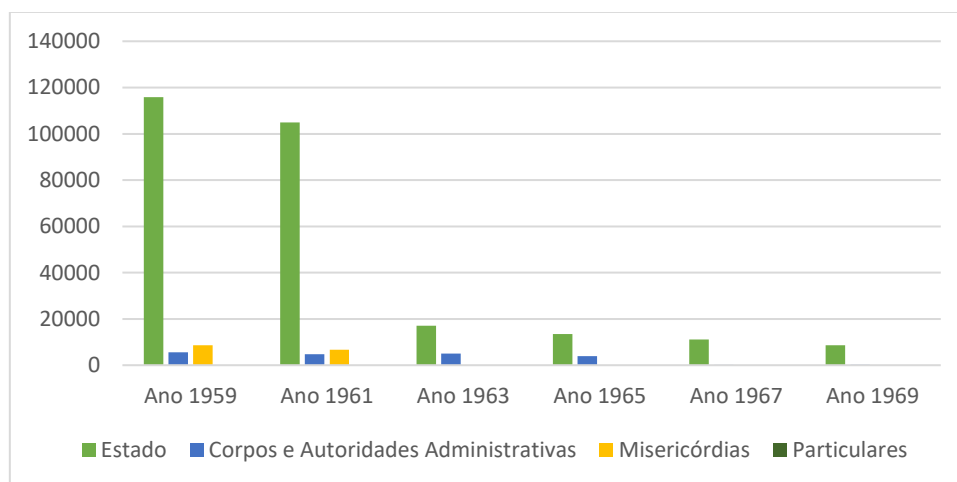
<sup>2191</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 209:** Evolução do total de consultas nos estabelecimentos antivenéreos (1933-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1934-1970)]<sup>2192</sup>.

	1963	1965	1967	1969
Estado	24	21	21	22
Corpos ou autoridades administrativas	4	4	2	1
Organismos corporativos	0	0	0	0
Organismos de previdência	0	0	0	0
Misericórdias	0	0	0	0
Particulares	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>23</b>

**Tab. 63:** Dependência patrimonial dos postos antivenéreos (1963-1969).

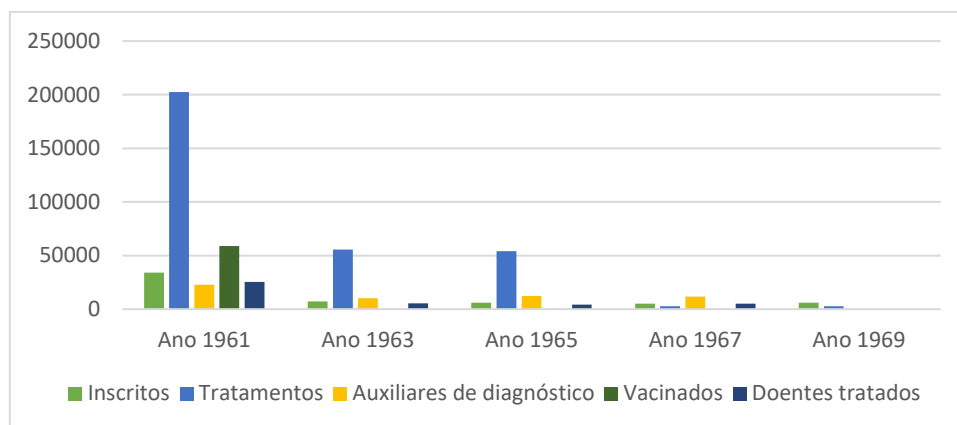


**Gráf. 210:** Dependência patrimonial das consultas nos estabelecimentos antivenéreos (1959-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1936-1970)]<sup>2193</sup>.

<sup>2192</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2193</sup> Idem.

Em concordância com os resultados obtidos, também durante o desenrolar da década de sessenta se observou uma quebra abrupta, a partir de 1961, do número de tratamentos efectuados por estes serviços, bem como do número de inscritos, do número de vacinados, de doentes tratados e de meios auxiliares de diagnóstico, o que sugere uma quase completa cessação da actividade destes estabelecimentos<sup>2194</sup>.



**Gráf. 211:** Evolução do movimento nos estabelecimentos antivenéreos (1961-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1962-1970)]<sup>2195</sup>.

<sup>2194</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1961-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1962-1970].

<sup>2195</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



## **CAPÍTULO 4**

### **A EVOLUÇÃO DAS PROFISSÕES SANITÁRIAS: O ENFERMEIRO E O FARMACÊUTICO.**



Na fase final deste estudo, não poderemos deixar de abordar a evolução de algumas profissões da saúde, muitas vezes secundarizadas, mas de extrema importância para a evolução global do sector. Em capítulo precedente, analisámos a evolução da profissão médica, estrutural em todo o sistema de saúde. Urge, contudo, abordar a evolução dos profissionais de enfermagem e de farmácia ao longo do Estado Novo de Salazar, também ela preponderante para a consolidação do sistema.

#### **4.1. A evolução do profissional de Enfermagem**

Com a ascensão do Estado Novo, um dos principais problemas ao nível dos recursos humanos hospitalares era a insuficiência numérica e qualitativa do pessoal de enfermagem e a ausência quase total de estabelecimentos de ensino. A função da enfermagem ia sendo efectuada pela boa vontade das religiosas, que procuravam, assim, suprir a sua falta de preparação técnica.

Durante a fase inicial do século XX, os modelos de enfermagem adoptados em Portugal foram influenciados, ao nível político, cultural, ideológico e científico pela França. Contudo, a partir de 1940, foi outro o modelo seguido pela enfermagem portuguesa, influenciada pelos cuidados de enfermagem britânicos, desenvolvidos desde 1860 por Florence Nightingale, posteriormente adoptados por outros países. A adopção do modelo britânico e internacional contribuiu para atenuar os caracteres originais da enfermagem portuguesa<sup>2196</sup>.

Os primeiros cursos de enfermagem em Portugal datam de 1881, 1886 e 1887, nos hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto, respectivamente. Em 1942, o Decreto nº. 32612, ao ordenar a reforma da *Escola de Enfermagem Artur Ravara*, de Lisboa, lançou as bases de uma ampla revisão do ensino da enfermagem. Foi como consequência desse diploma que entrou em vigor a reforma operada pelo Decreto-Lei nº. 36219, publicado em 1947, que tinha como objectivo aumentar o número de profissionais em mercê do desenvolvimento da assistência hospitalar, e elevar o nível técnico e social dos

---

<sup>2196</sup> Cf. SILVA, Helena Ferreira da – *Do curandeiro ao diplomado: história da profissão da enfermagem em Portugal 1886-1955*. [Braga: s.n.], 2010. Tese de doutoramento em História Contemporânea.

mesmos<sup>2197</sup>. Tal regime foi aperfeiçoado em 1952, com a publicação do Decreto-Lei nº. 38884<sup>2198</sup> e do Decreto nº. 38885<sup>2199</sup>. Os cursos professados pelas diversas escolas de enfermagem, oficiais e particulares, centravam-se na enfermagem geral e especializada, formando, também, técnicos auxiliares de enfermagem geral e especializada. Do ponto de vista da enfermagem especializada, até finais dos anos cinquenta, apenas existiam especializações em obstetrícia e puericultura, e em psiquiatria<sup>2200</sup>.

Os cursos gerais tinham a duração de 3 anos, enquanto os cursos de especialidades possuíam uma duração entre 6 meses e um ano. Também os cursos para auxiliares tinham a duração de um ano. Na verdade, existiam duas categorias profissionais completamente separadas: a de enfermeiro e a de auxiliar de enfermagem. A lei determinava que os auxiliares apenas podiam prestar serviço sob a orientação de médicos, monitores e enfermeiros. Nos hospitais oficiais, dependentes dos Ministérios do Interior e da Educação Nacional, a prestação do serviço da enfermagem era regulada pelo Decreto-Lei nº. 37418, publicado em 1949<sup>2201</sup>.

Os enfermeiros-chefes e subchefes superintendiam, ao nível da enfermagem, um serviço, um pavilhão ou uma enfermaria. Ao superintendente pertencia a orientação e fiscalização do serviço de enfermagem de um grupo de hospitais ou de um grande hospital. Nos hospitais particulares seguia-se, também, este esquema, embora com algumas alterações pontuais. Quanto ao horário de trabalho, a legislação era omissa. Devendo-se aplicar o regime de 8 horas diárias, tal não se verificava pelo inconveniente dos serviços. Continuava proibido o casamento das enfermeiras hospitalares, não abrangendo tal proibição às enfermeiras de consultas e de serviços externos.

O desenvolvimento profissional da enfermagem foi consequência do surto de construção, abertura e funcionamento dos hospitais durante as décadas de cinquenta e sessenta, mas também do alargamento do campo da enfermagem, ultrapassando as actividades meramente curativas para entrar no domínio da medicina social e da saúde pública. Ampliando o campo de acção da enfermagem, mais se evidenciava o *deficit* de pessoal habilitado, bem como a sua desigual distribuição pelo país.

---

<sup>2197</sup> DECRETO-LEI nº.36219. *Diário do Governo, Série I.* 81 (1947-04-10).

<sup>2198</sup> DECRETO-LEI nº.38884. *Diário do Governo, Série I.* 190 (1952-08-28).

<sup>2199</sup> DECRETO nº.38885. *Diário do Governo, Série I.* 190 (1952-08-28).

<sup>2200</sup> Cf. FERREIRA, Coriolano – Organização da Assistência em Portugal. In FERREIRA, Coriolano; LOPES, M. Ramos [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano IX, nº. 61-62, Maio-Junho 1967, p. 21-27.

<sup>2201</sup> DECRETO-LEI nº.37418. *Diário do Governo, Série I.* 105 (1949-05-18).

O longo processo de profissionalização da enfermagem, em Portugal, foi dominado por três poderes: o poder religioso, o poder político e o poder profissional, ou seja, médico. Durante o Estado Novo, a religião católica interferiu na prática da enfermagem através das misericórdias. A proximidade do regime político à religião católica contribuiu para um aumento da importância do poder religioso no processo de profissionalização destes profissionais<sup>2202</sup>.

O regime liberal permitiu uma secularização do pessoal de enfermagem hospitalar e reduziu fortemente a acção de várias ordens religiosas. Com a ditadura de Salazar, algumas ordens religiosas passaram a tomar conta de alguns hospitais. Contudo, os seus enfermeiros eram obrigados a possuir formação adequada e um diploma. A regulamentação profissional publicada pelo regime obrigava os enfermeiros, laicos e religiosos, a possuir um diploma oficial e a carteira profissional. Durante o Estado Novo, as escolas de enfermagem foram uniformizadas através das regras definidas pelo regime, que não se opunham aos seus ideais e aos seus interesses. Nesse sentido, as enfermeiras deveriam ser mulheres solteiras ou viúvas, dado que o regime se opunha ao trabalho das mulheres fora do lar, especialmente das mulheres casadas, que apenas deveriam cuidar da educação dos filhos. Da mesma forma, a moral e a religião católicas eram ensinadas nos cursos de enfermagem. O Estado Novo contribuiu para a profissionalização dos enfermeiros, através da publicação de uma legislação que regulamentava a profissão, mas limitou, contudo, a acção dos profissionais na luta por melhores condições de vida e de trabalho<sup>2203</sup>.

Por seu turno, o poder médico contribuiu directamente para a profissionalização destes cuidadores, sendo a sua interferência mais constante e mais forte do que em França e no Reino Unido. Em Portugal, os médicos controlaram a formação dos enfermeiros, através da selecção dos alunos, da definição dos programas de estudos, da responsabilidade dos cursos, da redacção de manuais, e pela inclusão nos juris de exames.

Em 1958, Miller Guerra publicou um longo artigo onde tentava delinear o estado da questão da saúde em Portugal. Os recursos humanos, médicos e enfermeiros, não passaram incólumes à análise do médico. No que era respeitante aos enfermeiros, o

---

<sup>2202</sup> Cf. SILVA, Helena Ferreira da, *op. cit.*, p. 391.

<sup>2203</sup> IDEM, *ibidem*, p. 391.

autor sublinhava a falta destes recursos humanos, como um problema existente havia vários anos, que, pela sua importância, era elevado à categoria de problema nacional: o problema da enfermagem. Em 1956, apenas na metrópole, eram contabilizados em 7000 os profissionais de enfermagem no activo, diplomados, não diplomados e ilegais<sup>2204</sup>.

Miller Guerra sublinhava a falta de vocação de muitos destes profissionais, mal remunerados, impedidos de constituir família. O seu regime de ensino era, da mesma forma, criticado pelo autor, um ensino dirigido por médicos e não por enfermeiros, com cursos enormes e desproporcionados, recorrendo a uma “informação livresca”. Miller Guerra acreditava que o problema da enfermagem permaneceria enquanto se mantivessem as condições de carreira<sup>2205</sup>.

Em Fevereiro de 1960 começava a discussão, no Conselho Coordenador do *Ministério da Saúde e Assistência*, dos projectos de reforma do ensino e exercício da enfermagem<sup>2206</sup>. Em Março daquele ano seria constituído um pequeno grupo de trabalho presidido por Carvalho da Fonseca, e do qual faziam parte Carlos Dinis da Fonseca e António de Carvalho Dias<sup>2207</sup>. A Lei nº. 2120, datada de 1963, guardava a sua Base XXV para as carreiras profissionais da saúde. No que era concernente aos enfermeiros, o diploma prometia o estabelecimento de carreiras para o pessoal de enfermagem<sup>2208</sup>.

O *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967* reservava, também, um espaço de análise concernente aos recursos humanos da saúde, ainda que pouco expressivo. Analisando a evolução do total de enfermeiros, entre 1955 e 1962, o documento expressava que o número de enfermeiros não havia acompanhado o crescimento da população e que o resultado nitidamente favorável era conseguido à custa dos auxiliares de enfermagem e das parteiras. Era necessário, pois, um maior esforço no recrutamento e preparação dos enfermeiros, de forma a evitar o abaixamento do nível de assistência, que resultava do predomínio “excessivo” dos auxiliares de enfermagem<sup>2209</sup>.

Como podemos observar no gráfico 212, o crescimento do total de auxiliares de enfermagem foi mantido durante toda a década de cinquenta, aumentando

---

<sup>2204</sup> Cf. MILLER GUERRA, João Pedro – A Política de Saúde, p. 167.

<sup>2205</sup> IDEM – Ibidem, p. 167.

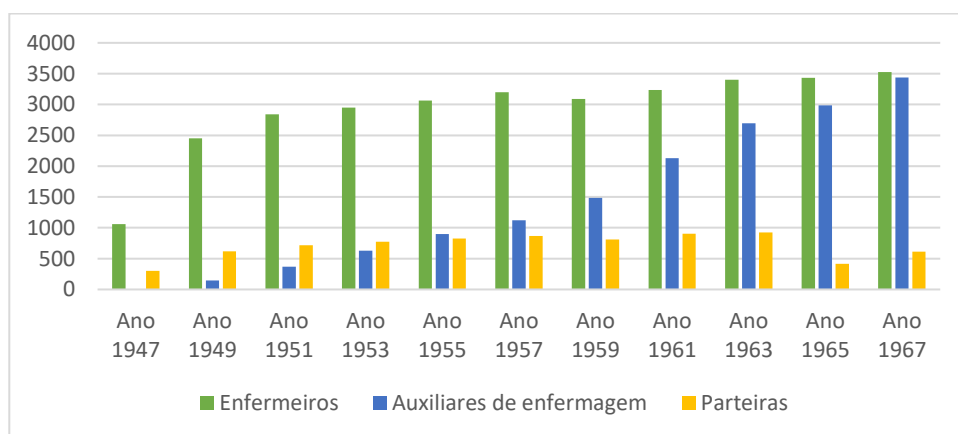
<sup>2206</sup> Cf. O dia-a-dia do Ministério. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 92-93, Fevereiro-Março, 1960, p. 37.

<sup>2207</sup> Ibidem, p. 32.

<sup>2208</sup> Cf. LEI nº. 2120, p. 978.

<sup>2209</sup> Cf. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*, p. 990.

exponencialmente a partir da década de sessenta, vindo praticamente a igualar o total de enfermeiros em 1967<sup>2210</sup>. No que era referente à distribuição dos profissionais de enfermagem por estabelecimentos de saúde, com e sem internamento, observamos sempre uma preponderância da sua presença nos estabelecimentos com internamento, embora a partir de finais dos anos cinquenta seja bastante notório o crescimento da sua presença em estabelecimentos sem internamento, nomeadamente nos postos clínicos da previdência e nos estabelecimentos de higiene e profilaxia<sup>2211</sup>, denotando o seu cada vez maior interesse pela saúde pública. Tal como pudemos observar em relação à distribuição dos efectivos médicos pelo país, também ao nível dos enfermeiros se notava uma clara discrepância, registando-se uma colocação hegemónica destes recursos humanos no distrito de Lisboa. Lisboa era seguida distantemente pelos restantes centros universitários, nomeadamente Porto e Coimbra. Nos restantes distritos sentia-se uma brutal carência destes recursos humanos da saúde<sup>2212</sup>.



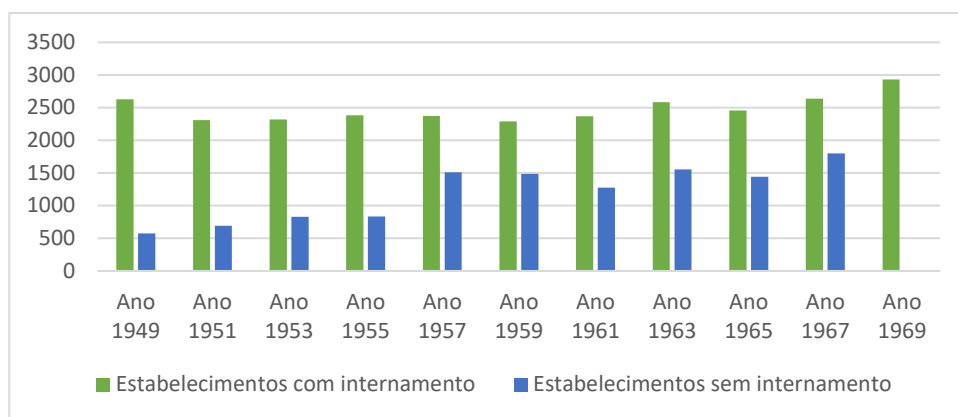
**Gráf. 212:** Evolução do total de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e parteiras (1947-1967) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1948-1968)]<sup>2213</sup>.

<sup>2210</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1947-1967]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1968].

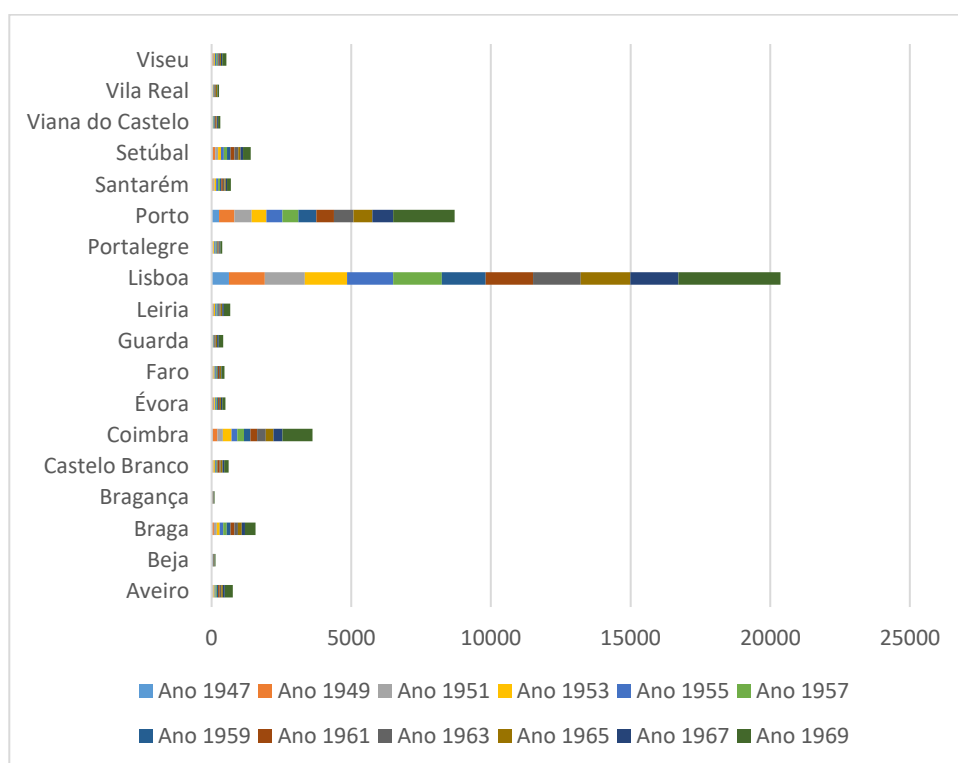
<sup>2211</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1949-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1950-1970].

<sup>2212</sup> Cf. INE – *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1947-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1948-1970].

<sup>2213</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.



**Gráf. 213:** Distribuição dos profissionais de enfermagem por tipologia de estabelecimentos de saúde, com e sem internamento (1949-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1950-1970)]<sup>2214</sup>.



**Gráf. 214:** Evolução da distribuição dos enfermeiros pelos distritos de Portugal continental (1947-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1948-1970)]<sup>2215</sup>.

<sup>2214</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2215</sup> Idem.



Embora os estudos decorressem, no seio do *Ministério da Saúde e Assistência*, desde o início da década de sessenta, apenas em 1967 foi publicado o Decreto-Lei n.º 48166, que estruturava as carreiras de enfermagem e o seu ensino. Nesse sentido, seriam criadas as carreiras hospitalar, de saúde pública e de ensino, sendo definidas as diferentes categorias em cada carreira. Da mesma forma, foram afixadas as suas remunerações, delineado o seu horário de trabalho, e implementada a fiscalização do seu exercício pela *Direcção-Geral dos Hospitais*<sup>2216</sup>.

No *III Plano de Fomento para 1968-1973*, previa-se a criação de novas escolas de enfermagem de forma a acelerar o ritmo de formação do pessoal, quer a nível central, quer regional. Da mesma forma, era considerado o ensino pós-graduado destes profissionais, com cursos de ensino e de administração de serviços de enfermagem, de actualização profissional e de especialização. Reconhecendo, também, que um dos maiores factores de atracção daqueles profissionais era a facilidade de alojamento, previa-se a criação de lares para aquele pessoal, próximos dos hospitais centrais. Tal medida fazia parte de um programa especial de fixação de profissionais nos serviços da periferia, de forma a contrariar a necessidade de recurso a pessoal não diplomado<sup>2217</sup>.

Nesse sentido, o *III Plano de Fomento* considerava um dos investimentos prioritários na área da saúde, a estruturação das carreiras de enfermagem hospitalar, de saúde pública e de ensino, considerando para tal, um investimento de 300.000 contos, investimento conjunto com a estruturação das carreiras médicas. Este valor era dos mais consideráveis investimentos na área da saúde, provando a importância que o executivo parecia começar a dar a este âmbito. Não sabemos, contudo, qual a divisão de investimentos efectuada ao nível das carreiras médicas e de enfermagem, uma vez que os dados facultados são conjuntos<sup>2218</sup>.

---

<sup>2216</sup> Cf. DECRETO-LEI n.º 48166. *Diário do Governo, Série I*. 299, (1967-12-27), p. 297.

<sup>2217</sup> Cf. PORTUGAL: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *III Plano de Fomento para 1968-1973*, p. 199.

<sup>2218</sup> IDEM - *Ibidem*, p. 202.

## 4.2. A evolução do profissional de Farmácia

Durante o século XX, um dos maiores problemas do sector da farmácia estava ligado com o exercício da profissão. Tal preocupação iniciara-se durante o século XIX, quando, em 1890, surgiu uma comissão de farmacêuticos e professores de farmácia, reunida no sentido de lançar as bases de uma reforma do exercício da profissão<sup>2219</sup>. O problema era antigo, e centrava-se numa dualidade do ensino e do acesso à profissão. Para exercer a profissão, o candidato podia frequentar o regime escolar, nas escolas de farmácia, ou matricular-se numa dessas escolas e praticar numa farmácia de oficina apresentando-se, posteriormente, a um exame de habilitação. Os farmacêuticos que obtinham diploma pela via do ensino regular eram designados por farmacêuticos de 1ª classe. Os que optavam pela via mais profissionalizante eram designados por farmacêuticos de 2ª classe.

No início do século XX, a grande maioria dos profissionais desta área eram farmacêuticos de 2ª classe, com uma formação científica e técnica algo limitada. Em 1902, uma reforma de estudos acabou com estes dois grupos de farmacêuticos. Em 1921, as escolas de farmácia foram transformadas em faculdades. Contudo, em 1932, as faculdades de Coimbra e Lisboa passavam a ser novamente escolas, permanecendo apenas a *Faculdade de Farmácia do Porto*. Nesses moldes, os profissionais passavam novamente por uma separação entre bacharéis e licenciados, sendo a licenciatura apenas obtida na *Universidade do Porto*. Apenas em 1968, as escolas de Farmácia de Coimbra e de Lisboa voltavam novamente a possuir o estatuto de faculdade<sup>2220</sup>.

Para além desta clivagem entre profissionais, outro problema que se avolumava era o do exercício da profissão e da abertura de estabelecimentos farmacêuticos por pessoas sem habilitações para tal. Esta era uma preocupação para as elites de profissionais de farmácia portugueses, numa altura em que já existia uma consciencialização, por razões de ordem técnica, científica e de protecção da saúde pública, para a importância do exercício legal da profissão.

---

<sup>2219</sup> Cf. PITA, João Rui – Uma reflexão sobre a evolução da profissão: enquadramento histórico do farmacêutico. In AGUIAR, António Hipólito [org.] – *Farmacêuticos 2015: uma reflexão sobre a evolução da profissão*. Lisboa: AJE – Sociedade Editorial, 2005, p. 32.

<sup>2220</sup> Cf. BROJO, A. Pinho; REBELO, Maria de Lurdes; PITA, João Rui [org.] – *Farmácia, Ciência e Universidade. A Fundação da Faculdade de Farmácia de Coimbra em 1921*. Coimbra: Minerva, 2000.

Seria já durante o início da Ditadura Militar e, posteriormente, do Estado Novo, que foi publicada legislação que permitiu uma maior organização do sector. Em 1926, foi publicado o Decreto nº. 9431, que aprovou e mandou pôr em execução o regulamento do exercício da actividade farmacêutica<sup>2221</sup>. Ainda nesse ano, novo decreto foi publicado, o Decreto nº. 12477, ao qual já fizemos alusão ao longo deste estudo, que reorganizou os serviços de saúde pública, criando a Inspeção de Exercício Farmacêutico<sup>2222</sup>. Em 1927 foi, ainda publicado o Decreto nº. 13470, que regulava o exercício da profissão<sup>2223</sup>.

O Decreto nº. 17636, publicado em 1929, trouxe alterações no exercício profissional farmacêutico, permitindo o acesso à profissão a quem não fosse habilitado ao exercício da farmácia de oficina, permitindo que a propriedade das farmácias pudesse pertencer a não farmacêuticos<sup>2224</sup>. Da mesma forma, esta legislação concedia vantagens aos ajudantes de farmácia que pretendessem cursar a respectiva licenciatura<sup>2225</sup>. A questão da propriedade das farmácias foi novamente preceituada durante o início do Estado Novo, através da publicação do Decreto nº. 23422, que determinava que os directores técnicos das farmácias fossem os seus proprietários<sup>2226</sup>. Estes diplomas estiveram vigentes até ao final da década de sessenta do século XX, quando em 1968 foi publicado o Decreto-Lei nº. 48547, que regulamentava o exercício farmacêutico no nosso país<sup>2227</sup>. Observe-se, ainda, a publicação, em 1965, da lei da propriedade da farmácia, a Lei nº. 2125, que estabelecia as bases do actual regime<sup>2228</sup>.

A vigência do Estado Novo contribuiu para a organização corporativa da farmácia. Em 1935 nasceu o *Sindicato Nacional dos Farmacêuticos*, como resultado da fusão de várias associações. No mesmo ano, foi fundada a *Caixa Financeira Farmacêutica* e a *União dos Farmacêuticos de Portugal*. Em 1938 foi criado o *Grémio Nacional das Farmácias*. Em 1939 era lançada a carteira profissional do farmacêutico e o seu regulamento. No ano seguinte, foi criada a Comissão Reguladora dos Produtos

---

<sup>2221</sup> Cf. DECRETO nº. 9431. *Diário do Governo, Série I*. 36 (1924-02-16).

<sup>2222</sup> Cf. DECRETO nº. 12477, *op. cit.*, p. 1519.

<sup>2223</sup> Cf. DECRETO nº. 13470. *Diário do Governo, Série I*. 77 (1927-04-18).

<sup>2224</sup> Cf. PITA, João Rui, *op. cit.*, p. 35.

<sup>2225</sup> Cf. DECRETO nº. 17636. *Diário do Governo, Série I*. 268 (1929-11-21).

<sup>2226</sup> Cf. DECRETO nº. 23422. *Diário do Governo, Série I*. 297 (1933-12-29).

<sup>2227</sup> Cf. DECRETO nº. 48547. *Diário do Governo, Série I*. 202 (1968-08-27).

<sup>2228</sup> Cf. LEI nº. 2125, *op. cit.*.

Químicos e Farmacêuticos, instituição estatal tutelar das matérias relativas à farmácia e ao medicamento<sup>2229</sup>.

Ao longo do século XX, observou-se, claramente, uma industrialização do medicamento, deixando as farmácias de ser o local exclusivo de produção medicamentosa, dando a produção artesanal lugar à produção industrial. Contudo, a indústria farmacêutica portuguesa tinha vários problemas, nomeadamente relacionados com a falta de preparação técnica e científica dos profissionais e com um limitado investimento na área. Durante o Estado Novo, em 1957, foi publicado o Decreto 41448, ao qual já fizemos referência, que impunha um controlo sobre a preparação técnica e científica dos medicamentos e sobre o seu lançamento no mercado, tutelando mais eficazmente um sector pobre em legislação<sup>2230</sup>.

Observando a evolução do total de profissionais de farmácia, obtivemos dados entre 1951 e 1969, através dos anuários estatísticos portugueses<sup>2231</sup>. Os resultados levam-nos a crer ter existido um crescimento exponencial do total de profissionais a partir de 1967<sup>2232</sup>, talvez resultado do conjunto de legislação normativa publicada pelo Estado Novo de Salazar nos finais da década de sessenta. Notando-se a distribuição destes profissionais pelos diversos distritos do país, regista-se a sua maior concentração no distrito de Lisboa, seguido pelo distrito do Porto. O panorama de profissionais nos restantes distritos revela-se extremamente limitado. Contudo, o crescimento de profissionais registado durante o final da década de sessenta parece ter sido transversal a todo o país, ficando contudo os dois maiores distritos portugueses com um aumento mais acentuado deste tipo de técnicos<sup>2233</sup>.

---

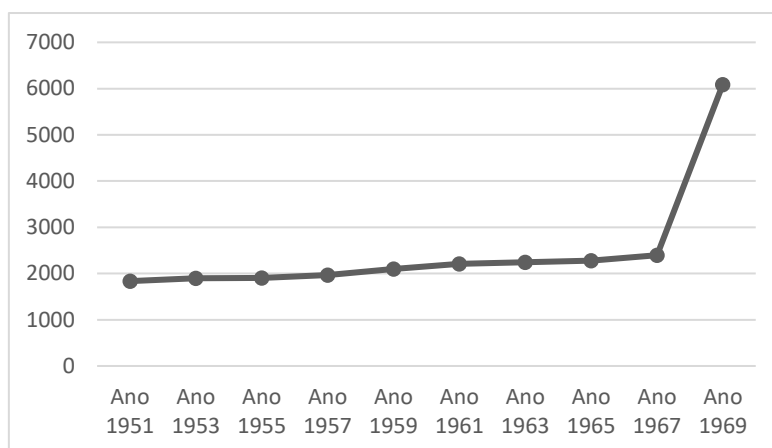
<sup>2229</sup> Cf. PITA, João Rui, *op. cit.*, p. 35.

<sup>2230</sup> Cf. DECRETO n.º 41448, *op. cit.*.

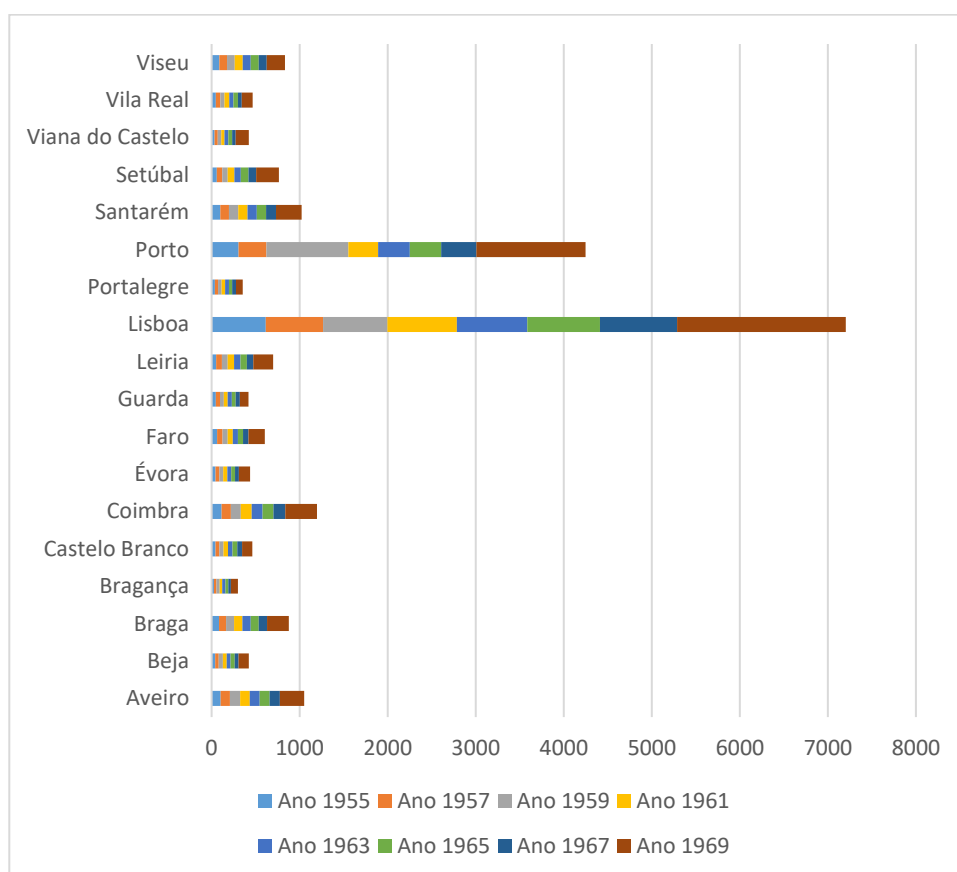
<sup>2231</sup> Cf. INE - *Anuário Estatístico de Portugal: Ano [1951-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1952-1970].

<sup>2232</sup> IDEM – *Ibidem*.

<sup>2233</sup> IDEM – *Ibidem*.



**Gráf. 215:** Evolução do total de profissionais de farmácia (1951-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1952-1970)]<sup>2234</sup>.



**Gráf. 216:** Evolução da distribuição dos profissionais de farmácia pelos distritos de Portugal continental (1947-1969) [Fonte: Anuários Estatísticos Nacionais (1936-1970)]<sup>2235</sup>.

<sup>2234</sup> Gráfico desenvolvido pela autora.

<sup>2235</sup> Idem.



## CONCLUSÃO

No capítulo final deste estudo, que tem como principal objectivo o delineamento das políticas de saúde do Estado Novo de Salazar, torna-se necessária uma síntese das conclusões alcançadas. Note-se que a presente análise contemplou um conjunto de factores influenciadores das políticas sanitárias, do ponto de vista técnico, científico, tecnológico, estrutural, económico e socio-cultural, bem como os resultados dessas mesmas políticas, do ponto de vista da evolução dos indicadores sanitários da população portuguesa.

Durante a I República, observamos uma instabilidade orgânica do sector da saúde e da assistência, claramente ligada com a instabilidade política do regime. A saúde e a assistência mantinham-se indissociáveis, como vinha a acontecer desde, pelo menos, a Monarquia Constitucional. Apesar de uma aparente evolução constitucional, que tornava a assistência pública num direito dos cidadãos, o Estado manteve uma intervenção social limitada, canalizando os cuidados públicos de saúde para os comprovadamente pobres e indigentes, negando a sua universalidade. Este claro pendor assistencialista sugere-nos, apesar da inegável evolução ideológico-constitucional, uma continuidade política, ao nível do sector da saúde e da assistência, em relação ao regime precedente.

Apesar de ser considerada, por autores como Miriam Halpern Pereira, a fase original da implementação de um Estado-Providência em Portugal, com a criação de seguros sociais obrigatórios, a I República esteve longe de constituir um verdadeiro Estado Social, concebido através da definição proposta por Asa Briggs. Sendo, contudo, incontornável a preocupação do governo republicano com a produção legislativa do sector, nem sempre tal preocupação seria consentânea com uma acção premente a este nível, como bem nos adverte Jorge Alves. A saúde dos cidadãos continuava a ser, como durante o regime anterior, uma função de responsabilidade individual ou familiar, que não se confundia com saúde pública. O Estado reservava, a si próprio, uma função supletiva da caridade particular, servindo-se, por vezes, da sua política assistencialista

como factor de promoção do regime e, nomeadamente, da figura de um estadista, Sidónio Pais.

Os indicadores sanitários produzidos por esta política eram, claramente frágeis. Seria grande a dificuldade de redução da taxa de mortalidade infantil, maior em Portugal do que em alguns países directamente devastados pela I Guerra Mundial. Em 1933, a nível europeu, só a Roménia possuía uma taxa de mortalidade infantil superior à portuguesa. Também ao nível da mortalidade geral, só se assinalou um decréscimo a partir de 1925. O sistema de saúde era completamente centrado em Lisboa, ficando o restante território esquecido, à mercê da iniciativa privada e, em especial das misericórdias. A este quadro de um sistema de saúde deficitário, juntaram-se as vicissitudes de uma população pobre e analfabeta e um período de graves epidemias, após a I Guerra Mundial, nomeadamente de pneumónica, tifo, varíola e difteria. Este cenário produziu, pois, entre 1919 e 1933, uma das maiores taxas de mortalidade da Europa.

O Estado Novo, em 1933, herdou este sistema de saúde deficitário. Do ponto de vista constitucional, a *Constituição de 1933* já não sublinhava o direito à assistência pública por parte dos cidadãos, observando-se claramente um retrocesso constitucional a este nível. Contudo, apesar desse recuo constitucional, observou-se uma continuidade das políticas de saúde e assistência face ao regime anterior. O sistema de saúde continuava a basear-se na clínica privada, conservando a sua natureza parcelar e não equitativa. O Estado Novo manteve a sua feição supletiva da iniciativa particular, continuando a canalizar os seus cuidados para os comprovadamente pobres e indigentes e a fazer depender a sua acção da caridade particular. A saúde individual continuava a estar fora da sua esfera, entendida enquanto responsabilidade dos indivíduos e das respectivas famílias e, só em última análise, ao Estado.

No nosso entender, não é possível admitir uma ruptura da política sanitária entre estes dois regimes, nomeadamente nesta fase de transição, nem tão pouco uma ruptura constitucional, dado que, apesar de estar inscrito, na *Constituição de 1911*, o direito dos cidadãos à assistência pública, este nunca foi universal, continuando o Estado Novo a fomentar a desigualdade. O Estado Novo foi claramente o herdeiro da política assistencialista, supletivista, caritativista e não universalista adoptada pelo regime



monárquico e pelo regime republicano. O que o novo regime fará com esta herança é o que veremos em seguida.

Durante a década de trinta, o Estado Novo assimilou, na totalidade, a política sanitária herdada dos regimes anteriores. Do ponto de vista da previdência, revogou muitas das disposições levadas a cabo durante a I República, nomeadamente ao nível dos seguros sociais, por considerá-las estatizantes, laicas e socialistas. Os primeiros anos do regime, ao nível da saúde e da assistência, são, essencialmente, tempos de afirmação ideológica. A verdadeira situação sanitária do país era desconhecida pelo governo, que reconhecia a falta de informação sobre a matéria. O grande fórum de discussão ideológica sobre o papel do Estado na área da saúde e da assistência seria o *I Congresso da União Nacional*, realizado em 1934. Nesse certame ficou acertado o papel supletivo do Estado face à iniciativa particular, em termos sanitários e assistenciais. O Congresso foi, ainda, um palco para a defesa da medicina social e da medicina preventiva, que deveriam constituir um verdadeiro apostolado, acompanhadas de uma educação profiláctica. Estava, assim, traçada uma obra assistencial com uma clara feição educativa da população e da opinião pública. Note-se que, neste certame, foi pela primeira vez sugerida a criação de um *Ministério da Assistência e da Saúde Pública*, pela voz do médico António Lopes Rodrigues.

A assistência médica era essencialmente vocacionada para a clínica privada, concentrada nas grandes cidades e extremamente onerosa para as populações. A par dos médicos, devidamente formados nas escolas médico-cirúrgicas, grassava um conjunto de curiosos, sem qualquer preparação, que atendia às necessidades de uma população que não podia pagar os honorários dos verdadeiros profissionais. Os hospitais eram escassos e a carreira hospitalar, tal como a carreira docente, era de difícil acesso aos médicos. Nos meios rurais, estes profissionais eram escassos, mal pagos e incapazes de assistir a uma população dispersa, muitas vezes sem redes viárias que permitissem deslocações às aldeias mais recônditas. Por tal, a carreira de saúde pública era pouco sedutora e extremamente desgastante. Nas misericórdias, por seu turno, muitos médicos laboravam de forma praticamente gratuita, sendo, contudo, uma forma, de angariarem clientela para os seus consultórios privados. Os enfermeiros eram poucos e com uma formação deficitária, dependendo a assistência de enfermagem, muitas vezes, da boa vontade das religiosas.

Em 1935 foi publicada a Lei nº. 1884, que instituiu a previdência social do novo regime. Esta legislação impulsionava a criação de caixas sindicais de previdência, caixas de reforma ou previdência e caixas de previdência das casas do povo e casas dos pescadores. A este nível, o Estado afastava-se da organização destas instituições, reservando-se uma acção meramente orientadora e fiscalizadora. Contudo, durante a primeira década do regime, a evolução do sector da previdência foi extremamente ténue, dando origem a uma multiplicidade de sistemas de saúde frágeis, produtores de desigualdades sociais.

Ainda durante o *I Congresso da União Nacional* foi abordada a importância das misericórdias e da conservação do seu espírito tradicional, sendo lançada a ideia de construção de três hospitais escolares nos três principais centros universitários do país. Na verdade, o nosso país debatia-se com um grave problema hospitalar, pela escassez de camas, pela centralização dos serviços nas grandes cidades, pela falta de meios materiais e humanos. Tal como a restante situação sanitária, o regime desconhecia a verdadeira envergadura do problema hospitalar. Para lhe fazer face, Salazar prometia, em 1933, a construção imediata de dois hospitais escolares anexos às Faculdades de Medicina de Lisboa e do Porto. Contudo, o projecto só seria uma realidade cerca de 20 anos depois, concluído a partir de 1953, com a inauguração do *Hospital de Santa Maria*.

Durante a década de trinta, a grande maioria dos hospitais pertencia às misericórdias, cada vez mais dependentes de subsídios estatais mal distribuídos. Apesar de o *Código Administrativo* de 1936 considerar estas instituições enquanto órgãos centrais da assistência pública e privada, a verdade é que, nos anos seguintes, diminuiu o total de misericórdias prestadoras de serviços de assistência e saúde. Era uma resposta insurrecta destas instituições à obrigação ideológica e prática que lhes era imputada pelo Estado Novo e à qual não podiam responder devido ao seu *deficit* financeiro.

Tal como a restante assistência hospitalar, a assistência psiquiátrica era extremamente deficitária, sendo escassas as instituições de saúde mental e as camas para esta população, a maioria pertencente a ordens religiosas. Ainda durante a década de trinta, seriam instalados, de forma experimental, alguns centros de saúde, por sugestão do então director-geral de Saúde, José Alberto Faria, numa acção associada das câmaras municipais, casas do povo e misericórdias. Estes centros de saúde eram munidos de serviços clínicos de protecção à infância, à mulher grávida, serviços de

odontologia, oftalmologia, otorrino, vacinação, análises clínicas e de luta contra “doenças sociais”. Apesar de se haver concluído que estas estruturas tinham aumentado a protecção sanitária das populações servidas, os centros de saúde não se viriam a desenvolver nas décadas seguintes.

O início do Estado Novo, em 1933, marcava, também, a criação da *Direcção-Geral de Saúde Escolar*, no seio do *Ministério da Instrução Pública*, oferecendo ao sector uma importância mais vinculada. Contudo, mais do que um projecto de assistência sanitária destas populações, a saúde escolar desenvolveu o primado da higiene moral, da acção educativa total e da educação familiar. Colocando a vertente moral à frente da vertente sanitária, o regime focalizava os seus serviços nos liceus, numa clara escolha pela formação das elites. Os alunos mais necessitados, frequentadores das escolas primárias, possuíam uma saúde escolar quase inexistente, devido à grande escassez de médicos escolares, incapazes de assegurar uma assistência condigna a uma população tão alargada.

Este período de intensa fixação ideológica do regime ficava, também, marcado por uma doutrina natalista, conservadora, católica, que condenava o aborto, a contracepção, o trabalho feminino e defendia o parto domiciliário. O controlo ideológico da condição social feminina, durante o Estado Novo, passava pela culpabilização das mães pela elevada taxa de mortalidade infantil que se fazia sentir. O parto domiciliário era defendido pelo regime, por razões de ordem moral e económica, de acordo com o seu princípio minimalista em matéria de assistência sanitária, servindo de combustível a uma das maiores taxas de mortalidade infantil e materna europeias.

Contrariamente ao ideal propalado, durante este período cresceu o total de maternidades, enfermarias de parto e lactários, bem como o número de mulheres e crianças que a eles recorriam. As maternidades deixavam de ser consideradas enquanto simples casas de abrigo de grávidas pobres para se transformarem em centros promotores da assistência materno-infantil, com uma clara função médico-social, vocacionadas para casos sociais e casos patológicos mais graves. Estas instituições concentravam-se nos grandes centros urbanos, existindo vários distritos desprovidos destas estruturas.

Apesar de se considerar acérrimo defensor da família, o Estado Novo tolerava a prostituição, sem restrições de novas matrículas e de abertura de novas casas de

toleradas, durante a década de trinta. Por tal, as doenças venéreas, nomeadamente a sífilis, eram consideradas um flagelo social e responsáveis por uma significativa mortalidade. Para responder a este problema, o regime aumentou drasticamente o total de postos antivenéreos e dispensários de higiene social, crescendo, também, o número de consultas naqueles estabelecimentos.

Em termos de produção legislativa, em matéria de saúde e assistência, a década de trinta foi pouco profícua. Ressalve-se, contudo, a publicação do Decreto-Lei nº. 27610, em 1937, que reformou os serviços de assistência, uma reforma levada a cabo por pressão da opinião pública, embora o regime fantasiasse que, futuramente, as suas responsabilidades com a assistência se extinguiriam, como seria observável no preâmbulo do documento. Nesse sentido, o diploma previa a revisão do cadastro dos indivíduos que recorriam à assistência, observando-se o avolumar do cerco às formas públicas de assistência. Neste âmbito, o Estado assumia-se enquanto um mero coordenador, fiscalizador e supervisor das iniciativas, essencialmente privadas, de assistência. Estávamos, pois, perante um Estado que consolidava o seu dirigismo das políticas e das instituições públicas e privadas de saúde e assistência.

Não podemos, contudo, deixar de sublinhar, durante este período, a importância dos *Códigos Administrativos* de 1936 e 1940, que legislavam uma clara organização local, de âmbito municipal, provincial e distrital, da assistência sanitária. As câmaras municipais, as juntas de freguesia, as juntas de província e os governos civis possuíam atribuições específicas na área da assistência. Sobre estas organizações locais caíria o peso da implementação de partidos médicos, obrigatórios em todos os concelhos, bem como o pagamento das despesas de transportes e tratamentos dos doentes pobres e indigentes nelas domiciliados, o seu recenseamento, a organização de postos de socorros urgentes e de protecção à maternidade e primeira infância, a polícia sanitária, a perseguição do exercício ilegal da profissão médica e a fiscalização da administração de hospitais e outras estruturas de saúde da mesma área geográfica.

Estas opções políticas serviam de combustível a índices sanitários extremamente débeis. Para além da elevada taxa de mortalidade infantil e materna, como temos vindo a observar, durante a década de trinta, as doenças infecciosas, como a bronquite, a pneumonia, a difteria, a febre tifoide, a tuberculose e o sarampo, eram as principais causas de morte da população portuguesa. Para além destas, observavam-se, ainda, os

defeitos congénitos e as lesões causadas por partos mal assistidos como relevantes causas de morte, resultado de uma ineficiente assistência materno-infantil. Na verdade, Portugal era dos países europeus com maior taxa bruta de mortalidade, que crescera durante a I República, em mercê do clima de instabilidade política e social que se avolumava.

De entre as doenças infecciosas, a tuberculose era das mais mortíferas, sendo mesmo considerada um problema de Estado. Durante esta década cresceu o número de dispensários e sanatórios dependentes da *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, bem como o número de doentes neles tratados. Contudo, estas instituições eram alvo de críticas devido à desumanidade e à falta de condições materiais com as quais os doentes eram tratados. Por seu turno, os funcionários públicos, com a ascensão do Estado Novo, perderam grande parte das regalias, instituídas em 1927, com a criação da *Assistência aos Funcionários Civis Tuberculosos*. Esta orientação política produziu uma das maiores taxas de mortalidade por tuberculose em toda a Europa, responsável pela morte de mais de 10% da população portuguesa.

O Estado Novo herdou, também, a promessa não realizada pela I República, de combate à malária, responsável por uma mortalidade significativa até meados da década de quarenta. Esta doença estava essencialmente ligada a locais onde se desenvolvia a cultura do arroz, mas existiam focos de infecção às portas da cidade de Lisboa. Contudo, o novo regime beneficiou do apoio técnico e financeiro da *Fundação Rockefeller*, que elegeu o problema da malária como prioritário para a sua intervenção em Portugal. Durante a década de trinta, cresceu o total de doentes assistidos e parasitados nos postos antissezonáticos. Em 1938, foi criada a *Direcção dos Serviços Antissezonáticos* no seio da *Direcção-Geral de Saúde*.

Os doentes leprosos eram alvo de grande estigma por parte do regime e das instituições assistenciais. Vigorava uma política de clara segregação e isolamento destes pacientes, como é disso prova a sua situação no *Hospital do Rego*, em 1933. Os doentes encontravam-se presos naquela instituição, rodeados de arame farpado, havendo existido propostas, por parte de alguns médicos de renome, para a sua esterilização e isolamento numa ilha do Tejo. Bissaya Barreto, em 1938, chamava a atenção do regime para a inexistência de um plano estratégico contra esta doença, facto que havia de ser

motivo de vergonha nacional. Nesse sentido, foi decretada, pelo regime, a criação de um hospital-prisão, direcionado para estes doentes: a *Leprosaria Nacional Rovisco Pais*.

Com o deflagrar da II Guerra Mundial e com a consequente crise interna e externa que suscitou em Portugal entrávamos naquele que consideramos ser o **I Período de Fomento Sanitário e Assistencial** durante o Estado Novo. Este novo período iniciou-se com uma importante alteração orgânica: a criação do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*. Esta solução organizacional, no seio do *Ministério do Interior*, foi a mais duradoura, ao nível da saúde e da assistência, do século XX, vigorando durante dezoito anos, sem interrupções.

Em 1940, em mercê do período decorrente do conflito mundial, iniciou-se um tempo de grave crise. A população começava a demonstrar sinais de fraqueza de recursos disponíveis, os indicadores sanitários continuavam frágeis, nomeadamente a taxa de mortalidade infantil, mortalidade materna e mortalidade geral. Marcello Caetano enviou variados avisos ao presidente do Conselho, considerando que o Estado tinha falhado na política social. O descontentamento das populações aumentava, avolumando-se a partir, essencialmente de 1943, com o nascimento de um surto grevista sem precedentes. Terminara a paz social que o novo regime conseguira alcançar durante os anos trinta. O descontentamento da população com o racionamento de bens alimentares, com as parcas condições de vida e com condições sanitárias deficientes aumentava. Por seu turno, do ponto de vista externo, a conjuntura contrária à vitória do Eixo, obrigava Portugal a um maior esforço diplomático.

Seguindo o conselho de Marcello Caetano, Salazar pensou que o fomento das políticas assistenciais e sanitárias seria uma boa resposta ao descontentamento das populações, à crise política em que o país havia mergulhado, agradando também a uma corrente opositora, socialista, que reclamava melhor assistência social. O I Período de Fomento da Política Sanitária e Assistencial foi, pois, uma resposta do regime a um período de grave crise interna e externa, que se prolongaria durante a década de quarenta, ameaçando seriamente o futuro do Estado Novo. Para saber durar era, por vezes, necessário empreender medidas populistas que agradassem à opinião pública. E a avassaladora experiência de Sidónio Pais, que utilizara medidas de fomento assistencial para a promoção da sua política, não tinha sido esquecida.

O *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* foi criado pelo Decreto nº. 30692, diploma que, contudo, não indicava as suas atribuições, nem objectivos. Cinco anos após a sua criação, em 1945, através do Decreto-Lei nº. 35108, seriam expressas as suas funções no seio do *Ministério do Interior*, funções de direcção da política assistencial, de orientação, tutela e inspecção dos organismos prestadores de cuidados de saúde e assistência.

Durante os dezoito anos de vigência deste organismo foram cinco as personalidades que ocuparam o lugar de subsecretário de Estado da Assistência Social. De entre eles, há, contudo, que assinalar a figura de Joaquim Trigo de Negreiros, que ocupou o cargo durante mais tempo (cinco anos) ascendendo, posteriormente, a ministro do Interior. Estes subsecretários eram homens com formação superior na área do Direito, com pouca ou nenhuma experiência na área das políticas sanitárias ou assistenciais, salvo o caso, uma vez mais, de Trigo de Negreiros que, antes de assumir o subsecretariado, havia ocupado o cargo de subsecretário de Estado das Corporações e da Previdência Social, entre 1940 e 1944. Outros houve, como seria o caso de Melo e Castro, que aproveitaram a ocupação deste cargo como impulso de uma carreira política na área assistencial, sendo posteriormente designado para provedor da *Misericórdia de Lisboa*.

Ao longo dos anos, encontrámos documentadas divergências entre alguns subsecretários e os respectivos ministros do Interior. A partir do momento em que Trigo de Negreiros assumiu a função de ministro do Interior, observaram-se algumas divergências ideológicas e políticas entre este e os subsecretários que assumiram posteriormente o cargo, nomeadamente Alberto Ribeiro Queirós e Melo e Castro. Defensor acérrimo da supletividade do Estado face aos particulares, de um Estado mínimo da área da saúde e assistência, da caridade particular, alinhado com a doutrina defendida pelo regime, Trigo de Negreiros não via com bons olhos as palavras do seu sucessor, Alberto Ribeiro Queirós, defensor de um Estado mais interveniente nesta área. Da mesma forma, encontramos grandes divergências de ordem política entre Melo e Castro e o ministro do Interior, graves ao ponto de lhe antecipar a exoneração do cargo. Trigo de Negreiros, enquanto ministro do Interior, assumia-se como o grande estratega da política de saúde e assistência, controlando-a ao nível político e ideológico e esvaziando, de certa forma, a importância política do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*.

Durante a vigência deste organismo observou-se uma forte produção legislativa, que se iniciou logo desde 1941, prova cabal da cada vez maior importância política do sector. O Decreto nº. 31666, publicado em 1941, fazia saber que a doutrina constitucional portuguesa era avessa à conversão da assistência em serviços do Estado. Mais uma vez, restringiam-se as formas públicas de assistência, com a criação do Centro de Inquérito Assistencial. A Lei nº. 1988, publicada em 1944, conhecida como *Estatuto da Assistência Social*, regulava o porcionismo e inculca a responsabilidade directa do Estado na assistência materno-infantil e aos doentes crónicos e incuráveis, passando as misericórdias a supletivas do Estado nestas áreas, e não o contrário.

Do ponto de vista da assistência hospitalar, a década de quarenta marcava o início da grande produção legislativa do Estado Novo sobre a temática, com a publicação da Lei nº. 2011, em 1946. Este diploma impunha uma organização hospitalar regionalizada e lançava um plano de assistência hospitalar, cuja primeira fase estava planeada para o período de uma década e iniciava-se pela rede de hospitais sub-regionais. O Estado começava a assumir insuficientes responsabilidades na área da assistência hospitalar, em muito delegada nas misericórdias. Contudo, o plano de assistência hospitalar custou a arrancar. No início da década de cinquenta, as obras dos hospitais centrais e regionais estavam paradas devido à canalização das verbas para a construção dos hospitais escolares e pela falta de interesse político na sua execução.

Por seu turno, os hospitais sub-regionais, pertença das misericórdias, conheciam um movimento de construção, adaptação e ampliação das instalações sem precedentes, cuja ordem de execução não pertencia directamente ao Estado, mas sim às misericórdias, apesar da comparticipação estatal que poderia chegar aos 75% dos custos totais. Este parecia ser, pois, o efeito de uma política de dirigismo estatal das misericórdias, intensamente subsidiadas pelo Estado a partir de 1943, expoliadas da centralidade administrativa na área da assistência, imposta pelo *Código Administrativo* de 1936, e sujeitas a um regime dualista que visava a sua transformação em meros estabelecimentos de reabilitação física, especializados na assistência hospitalar. Esta fase, de franco investimento estatal nas misericórdias, consolidou a sua posição central na prestação de cuidados hospitalares, detentoras que eram de mais de 60% dos estabelecimentos hospitalares portugueses.



No entanto, para além dos hospitais sob tutela da *Direcção-Geral Assistência*, existiam outros hospitais tutelados pelo *Ministério da Educação Nacional*, observando-se uma clara dispersão dos serviços hospitalares. A partir de 1952, o *Hospital de Santa Marta* passava a ser integrado nos *Hospitais Cívicos de Lisboa*. O novo *Hospital Escolar de Santa Maria* passava a gozar de uma tutela conjunta entre o *Ministério da Educação Nacional* e o *Ministério do Interior*. Observe-se, contudo, que o sector hospitalar dependente do *Ministério da Educação Nacional* foi sempre pobremente dotado, observando-se, contudo, um crescimento do investimento ao longo dos anos. No que era relativo à saúde escolar, registou-se, durante este período, uma perda de preponderância da mesma, diluída organicamente numa nova *Direcção-Geral*, secundarizada pela medicina desportiva. As escassas verbas canalizadas para o sector seriam a prova cabal da sua marginalidade dentro do *Ministério da Educação Nacional*.

Ao nível da despesa hospitalar observamos, durante as décadas de quarenta e de cinquenta, um claro incremento das verbas estatais. A partir de 1943, observou-se um crescimento da despesa estatal com os *Hospitais Cívicos de Lisboa*, com os *Hospitais da Universidade de Coimbra* e com o *Hospital Joaquim Urbano*. Foram, também, canalizadas verbas para a construção dos hospitais escolares e da *Leprosaria Nacional*. Contudo, as despesas da assistência hospitalar continuavam a ser um encargo individual ou familiar, cabendo apenas uma assistência gratuita, ou tendencialmente gratuita, aos doentes pobres e indigentes, conforme ditava o porcionismo. As câmaras municipais eram os órgãos mais sobrecarregados com o pagamento das despesas dos pobres e indigentes nelas domiciliados. A partir dos anos cinquenta foram produzidas várias circulares, pela *Direcção-Geral de Assistência*, pedindo mais rigor às misericórdias, particulares e comissões regionais de assistência na comparticipação dos encargos assistenciais, no sentido de restringir os apoios estatais. Em 1954, através do Decreto-Lei nº. 39805, observou-se um alargamento das responsabilidades dos municípios no pagamento destes encargos, num cerco cada vez maior a estas instituições.

Ao nível da assistência psiquiátrica, este período foi, também, de fixação de nova legislação na matéria. Num momento em que, a nível internacional, se começava a defender o tratamento destes doentes na comunidade, o nosso país adoptava uma política de internamento e segregação dos mesmos. Logo no início da década de quarenta, entrava em funcionamento o *Hospital Júlio de Matos*. Em 1945, foi publicada a lei de bases e o regulamento da assistência psiquiátrica. Contudo, a década de

cinquenta seria de grandes avanços científicos na área, sendo criados novos medicamentos que permitiam, cada vez mais, o tratamento ambulatorio destes doentes, reduzindo a sua necessidade de internamento. Em 1958, foi criado, na *Direcção-Geral de Assistência*, o *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, que tinha como objectivo centralizar a política de assistência psiquiátrica, estimulando a iniciativa particular, orientando e fiscalizando os estabelecimentos oficiais e particulares.

Ao nível da assistência materno-infantil, observou-se um fomento da organização dos serviços estatais a este nível, com a criação do *Instituto Maternal* e do *Instituto de Assistência à Família*, considerados órgãos coordenadores deste tipo específico de assistência. Do ponto de vista organizativo, através do estipulado no *Estatuto da Assistência Social*, passava a caber directamente ao Estado a assistência à maternidade e à primeira infância, passando as misericórdias a órgãos coordenadores e supletivos do Estado a este nível. Este era o único tipo de assistência em que o Estado assumia a sua completa coordenação, organização e funcionamento, do ponto de vista legislativo. No início da década de quarenta era, também, implementado o abono de família, enquanto medida de grande alcance social. A grande maioria dos partos era realizada no domicílio, sem qualquer tipo de assistência especializada, observando-se, contudo, um aumento expressivo do total de maternidades em todo o país. A partir de 1945, todos os distritos passavam a possuir maternidades e enfermarias de partos. Contudo, a maioria dos partos medicalizados tinham lugar nas enfermarias de partos dos hospitais das misericórdias.

A partir dos anos quarenta cresceu, também, o número de dispensários materno-infantis. O *Instituto Maternal*, com baixas dotações estatais, mostrava-se ineficaz, com baixa capacidade de assistência nas zonas rurais. Contudo, em mercê de um crescimento de estruturas sanitárias e de uma maior procura das populações face a elas, mas também dos avanços médicos na área da obstetrícia, apesar do contexto pouco favorável da II Guerra Mundial, observou-se uma quebra significativa da taxa de mortalidade infantil e da taxa de mortalidade materna. Contudo, em comparação com os índices internacionais, Portugal continuava detentor de uma das maiores taxas de mortalidade infantil e materna a nível europeu, com índices muito superiores à grande maioria dos países do bloco de Leste.

Do ponto de vista da previdência, no início dos anos quarenta, o regime teve a consciência de que a Lei nº. 1884 falhara, e assumiu uma posição claramente mais activa, intervindo directamente na criação de caixas de reforma ou previdência. Os beneficiários da previdência eram, ainda, uma classe extremamente minoritária e, do ponto de vista sanitário, tinham apenas acesso a algumas consultas e, por vezes, a medicamentos, não beneficiando de comparticipação no internamento hospitalar. A grande maioria da população era obrigada a recorrer aos serviços da assistência pública ou privada, exceptuando uma reduzida minoria que conseguia pagar os honorários médicos e dos serviços sanitários.

De modo a centralizar os cuidados de saúde dispersos pelas várias caixas, foi criada, em 1946, a *Federação das Caixas de Previdência – Serviços Médico-Sociais*. Contudo, mais uma vez, criava-se um sistema híbrido e desigual de cuidados de saúde da previdência, onde era possível a prestação de cuidados de saúde directamente pelas caixas ou através dos *Serviços Médico-Sociais*. Dez anos depois, em 1955, os beneficiários destes serviços eram em maior número do que os assistidos pelas caixas. Venceu o modelo da prestação de serviços sanitários pelos *Serviços Médico-Sociais*, embora tal não anulasse a prestação directa de serviços por algumas caixas. Os beneficiários eram, contudo, obrigados a suportar, em parte, os cuidados sanitários que fruíam. Os doentes da previdência viam-se na contingência de pagar “senhas de consulta”, exames complementares, certos medicamentos não comparticipados (a grande maioria), cirurgias e internamentos, não cobertos pelo seguro social.

A coordenação entre os serviços de previdência e assistência foi sempre difícil, levando à duplicação de serviços e aos custos materiais, humanos e organizacionais a ela inerentes, afectando claramente a qualidade dos serviços. A partir de 1949, as instituições de previdência e os organismos corporativos passavam a poder utilizar os serviços de saúde dos estabelecimentos de assistência, no que dizia respeito, essencialmente, à execução dos exames complementares de diagnóstico. No ano seguinte, em 1950, foi introduzido o subsídio pecuniário em caso de doença, numa proporção de 60% do salário auferido, até 270 dias seguidos ou interpolados. Contudo, a assistência era, ainda, obrigada a conceder à previdência tratamentos para além do período atrás mencionado, o tratamento de funcionários tuberculosos, a assistência médica e medicamentosa à família dos beneficiários, o internamento hospitalar de

beneficiários e familiares. Esta era, ainda, a prova da restrita gama de serviços sanitários segurados pelo esquema previdencial até ao final da década de cinquenta.

A classe médica, durante os anos quarenta, bem como a sua Ordem, possuía uma fraca capacidade de intervenção política, não constituindo problema de maior para o regime. Os médicos eram profissionais com um parco rendimento, especialmente nos meios rurais, onde a clientela era essencialmente composta por uma população pobre e analfabeta. Os médicos municipais eram em número reduzido, continuava difícil o acesso às carreiras hospitalares e às especialidades, bem como à carreira docente, observando-se um fomento do exercício liberal da profissão. Uma atitude contestária nasceu, contudo, com a criação dos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*, pelo medo que pusesse em causa o exercício liberal da profissão. Contudo, tal atitude seria menosprezada pelo governo nos anos seguintes, apenas preocupado com a perseguição política de alguns elementos, como seria o caso de Pulido Valente. Por seu turno, ao nível da enfermagem, observou-se uma ampla revisão do seu ensino, crescendo o total de profissionais em mercê do desenvolvimento da assistência hospitalar. Para além dos enfermeiros, observou-se, também, um crescimento dos auxiliares de enfermagem. Estes profissionais estavam claramente vocacionados para a assistência hospitalar.

Contudo, Portugal não estava arredado do cenário internacional. Em 1946, colaborava com a constituição da O.M.S. Nos anos seguintes, sob a vigência do Subsecretariado, a cooperação entre o nosso país e a *Organização Mundial de Saúde* estreitava-se. Em 1955, Portugal já fazia parte do Conselho Executivo da instituição, sendo considerado “membro fundador”. Várias seriam, ainda, as visitas de dirigentes da O.M.S. ao nosso país, como seria o caso de Marcolino Candau, director-geral da organização, em 1956. Se Portugal se encontrava plenamente integrado na O.M.S., também não era alheio à evolução internacional dos sistemas de saúde. Note-se que, em 1949, chegariam ao nosso país os ecos da constituição do serviço nacional de saúde britânico que, desde logo, suscitou o interesse de políticos e profissionais de saúde.

Durante a vigência deste Subsecretariado, realizaram-se três congressos da *União Nacional*: em 1944, 1951 e 1956. Em todos eles continuaram a ser debatidas questões concernentes à saúde e à assistência, reservando secções e subsecções para o efeito. O que, de facto, notamos é que, ao longo dos anos se esbateu o debate ideológico

das funções do Estado no sector. Se o *I Congresso*, realizado em 1934, foi essencialmente dominado pela fixação ideológica do regime a este nível, no *II Congresso*, realizado dez anos depois, essa necessidade de afirmação já não era tão premente. Em 1944, preocupava o regime, essencialmente, a prestação de cuidados de saúde às populações rurais, a assistência farmacêutica e alguns estudos de caso relativos à cobertura sanitária e assistencial de algumas áreas do país. Do ponto de vista ideológico, importava, agora, debater assuntos concernentes à defesa da família e da sua moralidade. O *III e IV Congressos*, realizados nos anos cinquenta, preocuparam-se com outros problemas, nomeadamente as doenças profissionais e a luta contra a tuberculose. O debate ideológico sobre o papel do Estado na área da saúde e da assistência parecia marginal. Restava a defesa da medicina social, que provocava a aversão de alguns médicos, por ser confundida com a socialização da medicina, contrária à política do Estado Novo, um perigo para a manutenção da prática clínica privada de medicina.

Do ponto de vista orçamental, a despesa com a assistência era mais de dez vezes superior à despesa com os serviços sanitários, entre 1935 e 1945. Esta disparidade tendeu a aumentar ao longo dos anos, sendo, em 1957, a despesa com a assistência onze vezes superior à despesa com a saúde. Aliás, a despesa com assistência constituía 49% da despesa total do *Ministério do Interior*, enquanto a despesa com saúde integrava apenas 5% dessa mesma despesa. Esta enorme discrepância orçamental é prova de uma clara marginalidade dos serviços de saúde pública face à realidade assistencial do regime.

Este reduzido investimento do Estado ao nível da saúde pública produziu um efeito pouco abonatório ao nível dos índices sanitários produzidos. Para além da manutenção de uma elevada taxa de mortalidade infantil e materna, embora decrescente, durante os anos quarenta, doenças quase extintas em outros países europeus, como a varíola, a difteria e a febre tifoide, ainda ceifavam centenas de vidas lusas. Nos anos cinquenta apareceria, ainda, uma nova doença, a poliomielite, de baixa mortalidade, mas alta morbilidade. Em 1943 foi promulgada a lei da vacinação obrigatória contra a varíola, embora o processo de imunização da população fosse ainda muito deficiente. As vacinas eram ministradas em postos fixos e fornecidas a hospitais, postos, maternidades e dispensários. As vacinas mais incrementadas eram contra a varíola, a difteria e a raiva, embora se observasse alguma relutância por parte da população face a este tratamento, como prova clara da ausência de uma verdadeira educação sanitária. No

âmbito da *Direcção-Geral de Saúde*, a partir de 1947, observou-se uma reserva de verbas para a educação sanitária e para as campanhas de vacinação, que se manteve ao longo da década de cinquenta, sendo sempre diminuta e nunca ultrapassando os 6% da despesa total daquele organismo.

No entanto, em 1949, foi publicada a Lei nº. 2036, de luta contra doenças contagiosas. Esta legislação considerava que os encargos com estes doentes seriam, como em relação aos restantes, de responsabilidade individual e familiar, libertando, contudo, as câmaras municipais dos mesmos. Esta evolução no campo da vacinação produziu, em meados dos anos cinquenta, o desaparecimento de casos de varíola em Portugal. A luta contra a raiva humana também passou a obter mais verbas do Estado, através da *Direcção-Geral de Assistência*, pelos encargos com o serviço anti-rábico e vacínico de Coimbra.

A tuberculose continuava a ser um grave problema de saúde pública, embora se observasse um grande decréscimo da mortalidade por esta doença, durante o início dos anos cinquenta. Em 1945, a *Assistência Nacional aos Tuberculosos* foi convertida no *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*, funcionando na dependência do *Ministério do Interior*. Em 1950, o novo Instituto passava a ser considerado o órgão coordenador da luta antituberculosa, tendo início o processo de imunização com a vacina B.C.G. Apenas quatro anos depois, a sua aplicação já era obrigatória nas instituições subsidiadas pelo *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*. A partir de 1955, cresceu o total de dispensários e sanatórios. Nos anos seguintes, aumentou o número de consultas prestadas nos dispensários, bem como outros tratamentos e meios complementares de diagnóstico. Se até 1955 estas eram instituições de profilaxia da tuberculose, a partir do final da década reuniram outras funções como as de prestação de cirurgias, de serviços profiláticos e de vacinas, tornando-se centros polivalentes.

Considerada um problema de superior interesse público, um problema médico-social prioritário, a luta contra a tuberculose passou, a partir de 1950, a gozar de coordenação estatal, embora o Estado continuasse a considerar a sua iniciativa enquanto supletiva da iniciativa privada e os encargos continuassem a ser de responsabilidade individual e familiar. Em 1953, foram criados centros cirúrgicos nas zonas norte, sul e centro. Contudo, a tuberculose continuava a ser uma doença que não era de notificação obrigatória, considerando o I.A.N.T. que a patologia estava mais disseminada do que

pensava, existindo uma grande percentagem de casos ignorados. Grande parte dos esquemas da previdência não previam o tratamento de doentes tuberculosos. A partir de 1944, parte das regalias prestadas pela *Assistência aos Funcionários Civis Tuberculosos* foi recuperada, alargando-se, a partir de 1955, aos aposentados. Contudo, apesar do decréscimo, a taxa de mortalidade por tuberculose em Portugal era, ainda, uma das mais altas da Europa. Para além desta clara evolução no combate à doença, os avanços da medicina, com a descoberta da estreptomicina, em 1944, contribuíram, também, para o decréscimo da mortalidade por ela causada.

A evolução científica foi, também, claramente, um factor preponderante para a diminuição da mortalidade e da morbilidade por malária durante a década de quarenta e a sua erradicação, no continente, na década de cinquenta. A descoberta de insecticidas, como o Gamexana e o D.D.T., o investimento na compra de quinino, e a evolução dos serviços sanitários, com um aumento de doentes assistidos e parasitados, levou a uma eliminação do total de novos casos de paludismo no continente, a partir de 1957.

Contudo, os novos medicamentos para o tratamento da lepra, que surgiram no início dos anos cinquenta, não travaram o processo de internamento compulsivo dos doentes contagiosos, quando a maior parte dos países europeus havia abandonado o processo de isolamento social e de segregação destes doentes como forma de erradicação da doença. Nesse sentido, foi inaugurada, em 1947, a *Leprosaria Nacional*, sendo delineado um plano nacional de combate à doença, que passava a ser de declaração obrigatória. Foi, também, criado o *Instituto de Assistência aos Leprosos*, no seio da *Direcção-Geral de Saúde*, observando-se, concomitantemente, um aumento da despesa deste organismo com o sector.

Em 1945, quando Fleming descobriu a penicilina, deu um contributo fundamental para o tratamento da sífilis, de entre outras patologias. De facto, foi concomitante o decréscimo da mortalidade por essa doença, em Portugal, caindo, em 1951, para menos de metade do que era registado em 1933. Contudo, para além desta descoberta científica, há que fazer referência ao grande crescimento de postos antivenéreos e de dispensários de higiene social, bem como do total de consultas naqueles estabelecimentos, para explicar este abaixamento da mortalidade por sífilis. Por seu turno, a prostituição continuava a ser tolerada, mas, a partir de 1949, o regime proibiu novas matrículas e prostitutas e a abertura de novas casas de prostituição.

Em 1953, a partir da VI Legislatura, observou-se, na *Câmara Corporativa*, um maior protagonismo da corporação relativa aos interesses de ordem espiritual e moral, da qual estavam dependentes o sectores sanitário e assistencial. De facto, concordamos com Correia de Campos e Jorge Alves, no facto de a criação do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* ter marcado o primeiro grande ciclo político da saúde, não apenas do ponto de vista orgânico, da existência de um organismo único vocacionado para a saúde, mas também pelo claro incremento das políticas sanitárias e assistenciais, que teve como efeito uma melhoria de grande parte dos indicadores sanitários, como temos vindo a observar. Tal solução orgânica e política foi estável, duradoura e eficaz até ao nascimento de uma nova crise política.

Como sucedera na década anterior, aquele que consideramos ser o **II Período de Fomento Sanitário e Assistencial** iniciou-se com uma inovação organizacional do sector. Como sucedera no passado, mais uma vez seria a resposta do regime a um período de grave crise interna. Como temos vindo a observar, a ideia da criação de um *Ministério da Saúde e Assistência* não era nova, remontando, pelo menos, ao *I Congresso da União Nacional*. Foi, contudo, em 1958 que se despoletou a crise interna, que serviu de catalisador para a sua criação. Como já verificámos, a constituição do *Ministério da Saúde e Assistência* foi uma resposta do regime a um período de crise suscitado pelas eleições presidenciais e pela candidatura de Humberto Delgado. A sua criação insere-se num programa mais amplo de remodelações ministeriais, tratando-se de uma operação de cosmética para convencer a opinião pública de que era possível renovar o regime.

A criação do novo ministério só poderá ser compreendida enquanto resultado de um somatório de pressões exercidas pela classe médica, por alguns conselheiros de Salazar, pela pressão das oposições, apoiantes de Humberto Delgado e influenciadoras da opinião pública. Durante a vigência deste ministério, durante o período de permanência de Salazar enquanto presidente do Conselho, podemos ressaltar a acção de dois grandes ministros: Henrique Martins de Carvalho e Francisco Neto de Carvalho. Pedro Soares Martinez, Alfredo dos Santos Júnior e Joaquim de Jesus Santos não seriam mais do que ministros de transição. Com excepção de Alfredo dos Santos Júnior, que seria ministro interino durante pouco mais de um mês, os restantes ministros da Saúde e Assistência seriam homens com formação na área do Direito e, em boa medida, ex-funcionários do *Ministério dos Negócios Estrangeiros*, desligados do sector sanitário



e assistencial. Note-se, contudo, que Alfredo dos Santos Júnior foi o primeiro médico a assumir a pasta, ainda que interinamente. Observe-se, também, que Neto de Carvalho terá sido director do Trabalho e das Corporações e secretário-geral do *Ministério das Corporações e Previdência Social*, antes de assumir a pasta da saúde e assistência.

Do ponto de vista ideológico, o primeiro ministro da Saúde e Assistência, Martins de Carvalho, era completamente alinhado com a doutrina da supletividade do Estado em relação à iniciativa particular, na área da saúde e assistência. Partilhava, mesmo, uma visão decandentista das funções estatais neste domínio, sempre incapaz de acudir às necessidades dos cidadãos. Apesar da inexperiência de Martins de Carvalho no sector sanitário e assistencial, a sua acção no seio do novo ministério foi de extrema importância. O seu trabalho, ao nível da produção legislativa, foi profícuo, a ele se devendo o *Estatuto da Saúde e Assistência*, o plano de saúde mental, a criação da *Escola Nacional de Saúde Pública*, a nova lei hospitalar e um esboço de uma orgânica do novo ministério.

A acção de Martins de Carvalho não granjeava o apoio de Salazar, dado que este não tinha interesse que o novo ministério perturbasse a sua política económica, que considerava verdadeiramente importante. Ao nomear Martins de Carvalho, Salazar pensava indigitar uma personagem deslocada do seu âmbito, desorientada, que não causaria grandes problemas, ideal para um ministério que lhe granjeava pouca importância. Contudo, o novo ministro mostrou um trabalho extremamente activo e meritório, contribuindo para a organização interna do ministério, para a sua coordenação com os restantes e para uma acalmia da classe médica, cada vez mais reivindicativa com a publicação do *Relatório das Carreiras Médicas*. Martins de Carvalho foi essencial para a afirmação do novo ministério, intensificando a sua colaboração com a O.M.S. e com os serviços sanitários espanhóis, iniciando um conjunto de reuniões luso-espanholas sobre problemas de saúde e assistência, que perduraram no tempo. Contudo, a partir de 1962, observou-se um bloqueio político da actuação de Martins de Carvalho, da sua política reformista, assegurando, este, apenas o despacho diário.

Com a exoneração de Martins de Carvalho, o *Ministério da Saúde e Assistência* entrava num período de grande instabilidade. Durante um ano, dois ministros se sucederam, sem grande intervenção ao nível da evolução das políticas sanitárias. A

instabilidade apenas terminou com a nomeação de um novo ministro, Francisco Pereira Neto de Carvalho. O novo ministro havia ganhado experiência em outro ministério, o *Ministério das Corporações e Previdência Social*. Do ponto de vista ideológico, era mais uma personalidade alinhada com a doutrina assistencialista do regime. Seguindo a herança de Martins de Carvalho, o novo ministro continuou o processo de afirmação do novo ministério no elenco governativo mais alargado.

Neto de Carvalho pretendia uma modernização na estruturação dos serviços do seu ministério, uma estruturação moderna, do tipo industrial. Contudo, mais uma vez, não era apoiado pelo presidente do Conselho e teve de gerir uma grande rivalidade com o *Ministério das Finanças*, autoritário e limitador do financiamento dos serviços e da política sanitária. Durante a sua vigência na pasta da saúde e assistência, Neto de Carvalho fez publicar um conjunto de legislação de suma importância para o sector, como o *Estatuto Hospitalar*, e a inclusão da saúde e assistência no *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967* e no *III Plano de Fomento para 1968-1973*. A sua actuação conseguiu, contudo, contentar o regime, como comprova a sua distinção com a grã-Cruz da Ordem Militar de Cristo, recebida em 1967, pelos serviços prestados enquanto ministro da Saúde e Assistência. Em 1966, com o nascimento de uma nova corporação, a Corporação da Assistência, Neto de Carvalho esforçou-se por limitar a sua actividade, ciente das suas repercussões na política geral de assistência.

A inclusão do sector da saúde e da assistência no *Plano Intercalar de Fomento* e no *III Plano de Fomento* foi um claro indicador de um maior interesse estatal pelo sector. Cada vez mais considerado como o fulcro de uma política de desenvolvimento económico e social, o sector seria, contudo, pobremente dotado no *Plano Intercalar de Fomento*, face aos restantes. Contudo, no *III Plano de Fomento* notou-se um acréscimo de verbas na ordem dos 200% face ao *Plano Intercalar*. O foco destes planos de fomento foi, contudo, os serviços sanitários e assistenciais dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*, o que era claramente redutor do panorama sanitário. Note-se, contudo, uma valorização do sector da saúde pública e da *Direcção-Geral de Saúde* no fomento da melhoria das condições de saúde dos indivíduos e no combate e na prevenção das doenças. Outros sectores foram, contudo, marginalizados, como a protecção materno-infantil, a saúde escolar ou a luta contra a tuberculose. O grande foco das verbas de ambos os Planos de Fomento foi a construção, a reconstrução e o

reapetrechamento dos hospitais centrais e regionais, sublinhando o carácter hospitalocêntrico do sistema.

Do ponto de vista orçamental, o *Ministério da Saúde e Assistência* apresentava, entre 1959 e 1969, um crescimento uniforme da despesa, que não retrocedeu mesmo com o início da Guerra Colonial. Tal como vinha sucedendo na década anterior, a grande parte da despesa do Ministério era gasta com os serviços de assistência, na ordem de 90%. Contudo, com a criação da *Direcção-Geral dos Hospitais*, em 1963, observou-se uma canalização de verbas para este novo organismo, que passava a ser responsável por 67% da despesa total do Ministério. Este valor torna bem claro o carácter hospitalocêntrico do sistema e a continuação da marginalização do sector da saúde pública, responsável por apenas 8% da despesa total do *Ministério da Saúde e Assistência*.

Analisando, contudo, os números referentes à despesa total do Estado com o sector da saúde e da assistência, torna-se difícil a sua contabilização, tendo em conta a dispersão dos serviços, que parecia tender a aumentar durante a década de sessenta. Contudo, essa despesa nunca foi superior a 2% da despesa total do Estado. Entre 1964 e 1966, estes gastos tenderam a crescer, a uma taxa anual de cerca de 8%, chegando a um crescimento na ordem dos 11%, em 1968. Esse crescimento da despesa foi também notório ao nível dos serviços autónomos, tanto ao nível dos *Hospitais Cívicos de Lisboa* e da *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. A partir de 1958, o Estado passava, ainda, a contar com o auxílio da *Fundação Calouste Gulbenkian*, que passou a subsidiar as misericórdias e alguns projectos específicos, como a criação da *Escola Nacional de Saúde Pública* e o *Plano Nacional de Vacinação*. A despesa desta Fundação com saúde e assistência chegou a 23% do total de gastos em Portugal.

Relativamente à política de assistência hospitalar veiculada pelo novo ministério, podemos observar que Martins de Carvalho herdou um sistema completamente desorganizado, deficiente e não equitativo. Como temos vindo a reparar, o plano de assistência hospitalar, gizado nos anos quarenta, originou a construção de inúmeros hospitais sub-regionais, pertencentes às misericórdias, e a construção dos hospitais escolares. Notava-se, pois, a falta de hospitais regionais, que deveriam servir de apoio aos demais, observando-se um hiato do sistema entre as sub-regiões e as zonas. Era um programa que se havia desenvolvido deficientemente, pelas extremidades,

originando hospitais sub-regionais com más instalações, fraco equipamento técnico e falta de pessoal técnico especializado, não granjeando a confiança das populações. Tal era o resultado dos fracos subsídios outorgados pelo Estado para a manutenção destes hospitais, sete a onze vezes inferiores aos recepcionados pelos hospitais centrais, causando-lhes graves dificuldades financeiras. Apesar de ter estimulado a sua construção, a sua remodelação e a sua ampliação, o Estado tornara-se, contudo, parco na subsidiação da sua manutenção, dificultando o seu funcionamento.

Esta política tinha um claro efeito na percentagem de ocupação de camas nestes hospitais. Os hospitais centrais possuíam uma taxa de ocupação próxima de 100%, enquanto os hospitais sub-regionais possuíam dezenas de camas vazias, por falta de recursos e, conseqüentemente, falta de doentes, resumindo a sua actividade praticamente à assistência de pobres e indigentes. Tal gerava um sistema não equitativo, que obrigava os doentes, necessitados de cuidados de saúde mais complexos, a sair das suas terras para as grandes cidades, tentando encontrar uma vaga difícil num hospital central. Tratava-se, pois, de um sistema completamente desorganizado, caótico, revelando uma clara incapacidade administrativa e técnica.

Uma das primeiras medidas de organização administrativa, levada a cabo por Martins de Carvalho, foi a criação das comissões inter-hospitalares de Lisboa e Porto, no sentido de fomentar a coordenação entre instituições. Seguiu-se a criação da *Direcção-Geral dos Hospitais*, dado o estado da evolução da organização hospitalar e a falta de recursos da *Direcção-Geral de Assistência* nessa área. O novo ministro foi, ainda responsável pela publicação do *Regulamento Interno dos Hospitais Portugueses* e pela criação de duas comissões no seio do *Ministério da Saúde e Assistência*: a comissão de reapetrechamento dos hospitais e a comissão de normalização administrativa.

Se, ao nível da política de assistência hospitalar, Martins de Carvalho parece ter-se focado na organização administrativa do sistema, Neto de Carvalho foi responsável pela publicação de legislação essencial para o sector. Sob a sua égide foi dada cada vez mais importância à classe médica, no seio das instituições hospitalares, tornando obrigatório o regime de presença médica constante e criando uma comissão médica dos hospitais gerais no seio da *Direcção-Geral dos Hospitais*. Contudo, apesar da desorganização do sistema, apontada pela *Câmara Corporativa* nos seus pareceres

relativos ao *Plano Intercalar de Fomento* e ao *III Plano de Fomento*, continuavam as obras em curso nos hospitais sub-regionais. Neto de Carvalho considerava que estes deveriam ser transformados em centros de saúde especializados em consultas de prevenção e tratamentos de medicina geral e especializada.

Da responsabilidade do novo ministro foi a publicação do *Regime Financeiro dos Serviços e Instituições Hospitalares*, do *Estatuto Hospitalar* e do *Regulamento Geral dos Hospitais*. O *Estatuto Hospitalar* passava a considerar a organização hospitalar de interesse público, sendo o seu bom funcionamento cabal para a vida do país. A legislação visava uma conveniente cobertura hospitalar do país e a concentração de meios humanos e materiais, a criação de carreiras para o pessoal e a reorganização de estruturas e serviços. Notava-se, ainda, uma preocupação com os encargos económicos desta assistência por parte dos indivíduos e das famílias, não devendo este ultrapassar o limite da capacidade económica. Da mesma forma, a situação económico-social do doente não deveria interferir, defendia a legislação, na ordem de prioridade para admissão nos serviços. Na mesma linha de acção, o *Regulamento Geral dos Hospitais* definia a organização e funcionamento dos hospitais gerais, a sua classificação, instituía as carreiras hospitalares, propunha uma nova classificação dos doentes e criava um regime híbrido, através das “clínicas abertas”, onde era possível receber cuidados de saúde privados nos hospitais públicos, agravando a desigualdade do sistema.

Do ponto de vista do financiamento hospitalar, pouco mudaria. O regime de responsabilidade individual e familiar continuava. As câmaras municipais continuavam sobrecarregadas com os encargos da assistência hospitalar aos pobres e indigentes nelas domiciliados, continuando o Estado a tentar evitar a fuga destas instituições ao seu pagamento. Para além das diárias de internamento, os municípios eram obrigados a pagar medicamentos, RX, análises e consultas externas, atrasando os pagamentos, e produzindo uma situação caótica entre hospitais e câmaras municipais, criando-se uma grave crise financeira nas instituições. Era clara a desigualdade no financiamento dos hospitais centrais e dos hospitais regionais e sub-regionais, os primeiros totalmente financiados pelo Estado, enquanto os segundos gozavam de um regime misto, em que o peso do Estado era inferior aos seus próprios rendimentos.

Apesar desta situação caótica, o regime mostrava uma grande preocupação com o problema hospitalar, dotando-o de verbas avultadas. Aliás, o sistema parecia ter-se

tornado hospitalocêntrico, observando-se dotações crescentes a partir de finais dos anos cinquenta e durante toda a década de sessenta para a melhoria do sistema hospitalar, em detrimento de outros investimentos na área da saúde e da assistência, com investimento medíocre, como era o caso da saúde pública e da assistência materno-infantil. Note-se que no *Plano Intercalar de Fomento*, 59% dos investimentos na área da saúde foram canalizados para os hospitais regionais e para a conclusão dos hospitais sub-regionais. Estas verbas cresceram exponencialmente no *III Plano de Fomento*, canalizadas para a construção, a recuperação e o apetrechamento dos hospitais centrais e regionais, maternidades, escolas de enfermagem e para a fixação de pessoal na periferia. No entanto, note-se que os hospitais dependentes do *Ministério da Educação Nacional* foram sempre pobremente dotados, embora se observasse um aumento uniforme do investimento ao longo dos anos sessenta. A partir de finais da década de cinquenta, o I.P.O. tornou-se na instituição hospitalar mais dotada, do ponto de vista orçamental, por aquele ministério, na área da saúde, comprovando a sua cada vez maior importância.

No que dizia respeito à dependência patrimonial dos hospitais, apesar de as misericórdias continuarem a liderar, no que era relativo ao total de instituições hospitalares, observou-se uma quebra da sua preponderância durante toda a década de sessenta, em detrimento do crescimento do sector público e particular. No relativo ao total de camas, durante os anos sessenta, os hospitais do Estado passavam a liderar e a consolidar a sua posição. Na verdade, a grande maioria dos internados afluía aos hospitais do Estado, durante toda a década de sessenta, por quebra de confiança nos hospitais sub-regionais, como já observámos. Durante a década de sessenta, observou-se uma perda de preponderância dos cuidados de assistência hospitalar e não hospitalar por parte das misericórdias. Em 1969 eram apenas detentoras de 15% do total dos estabelecimentos de saúde portugueses, perda de preponderância explicada pelo concomitante crescimento do total de instituições sanitárias pertencentes ao Estado, aos organismos corporativos, à previdência e aos particulares. Concomitante a esta perda de preponderância das misericórdias assistiu-se a um crescimento exponencial dos postos médicos da previdência e dos organismos corporativos, que registaram um crescimento exponencial do total de consultas prestadas, do total de pequenas cirurgias e de exames complementares de diagnóstico, durante toda a década de sessenta.

Na verdade, no decorrer da década de sessenta, observou-se uma clara mutação social, que elevou a percepção do direito à saúde por parte dos cidadãos, bem como a

substituição da medicina privada e individualista por uma medicina socializada e organizada, cujo exemplo era a medicina hospitalar, oferecida e procurada por doentes de todos os estratos sociais. Aos hospitais já não acorriam apenas os pobres e indigentes, mas pessoas de todas as classes sociais. Esse aumento da afluência aos hospitais foi acompanhado por um aumento exponencial de consultas de urgência, de cirurgias, de bancos de urgência e de consultas externas. No que era relativo a estas últimas, os hospitais das misericórdias eram os mais frequentados ao nível das especialidades de clínica geral, clínica cirúrgica, obstetrícia e otorrino, o que comprova uma especialização dos hospitais sub-regionais em consultas externas e a sua aproximação ao conceito de “centro de saúde”. Ainda que deficitariamente, os hospitais tentavam responder ao crescimento da população e das suas necessidades assistenciais, embora existisse uma clara falta de recursos humanos e técnicos especializados, um financiamento hospitalar deficiente, uma desigualdade no acesso dos cidadãos ao sistema e uma conseqüentemente não equidade e não universalidade do mesmo.

A mutação social ocorrida durante os anos sessenta produziu uma maior procura da mulher pelo parto medicalizado, a sua integração no mundo do trabalho e uma quebra da natalidade, pela utilização de métodos anticoncepcionais. Contudo, se a sociedade mudou, o regime manteve a mesma doutrina face ao papel social da mulher, continuando a tentar confiná-la ao lar e mantendo a sua culpabilização pela elevada taxa de mortalidade infantil que se continuava a observar. O *Estatuto da Saúde e Assistência* passava a considerar a assistência materno-infantil enquanto uma actividade de saúde pública. Contudo, o *Instituto Maternal* continuava cada vez menos preponderante nesta área, pela construção de vários hospitais sub-regionais e regionais com enfermarias de partos, locais por excelência do nascimento de crianças através do parto medicalizado. As maternidades que faziam parte do *Instituto Maternal* eram escassas, construídas essencialmente nos anos trinta e quarenta. A grande maioria destas instituições pertencia aos particulares e aos organismos corporativos. Durante toda a década de sessenta, observou-se um crescimento sustentado do total de dispensários, maternidades e enfermarias de partos. No entanto, a maioria dos partos decorria no domicílio. Observou-se uma quebra do parto domiciliário em detrimento do parto hospitalar, mas o primeiro era ainda hegemónico. Note-se que, em 1969, 51% dos partos ainda era realizada no domicílio, sem qualquer tipo de assistência.

Durante os anos sessenta, como temos vindo a observar, registou-se uma reforma da previdência social e a criação de mais um subsistema sanitário, dirigido aos funcionários públicos. Através da Lei nº. 2115, as casas do povo e as casas dos pescadores, bem como as caixas sindicais e a A.D.S.E. passavam a prestar cuidados de saúde materno-infantil aos seus beneficiários. Da mesma forma, cresceu uniformemente o número de beneficiários das caixas de previdência que recebia abono de família e que era abrangidos por doença e durante a maternidade, crescendo, também, os subsídios de nascimento e aleitação. Por seu turno, aumentou, ainda, o total de partos e de visitas de parto a cargo dos *Serviços Médico-Sociais da Federação*.

Esta evolução na política assistencial e da previdência produziu uma nova quebra da taxa da mortalidade infantil e materna. Contudo, em comparação com os índices internacionais, Portugal continuava a ser um dos países europeus com maior taxa de mortalidade infantil, ultrapassando todos os países comunistas do Bloco de Leste, U.R.S.S., R.D.A., sendo apenas ultrapassado pela Albânia. Em 1963, a taxa de mortalidade infantil portuguesa era duas vezes superior à espanhola. A taxa de mortalidade materna era, também, uma das maiores da Europa, embora com tendência decrescente. As crianças com menos de 5 anos morriam, essencialmente, com doenças do foro digestivo, pelas fracas condições sanitárias e de saneamento básico. A assistência hospitalar a elas dirigida era quase inexistente, deficiente e da responsabilidade das misericórdias. Estes índices eram, pois, o resultado de um investimento estatal nesta área, embora uniforme, sempre residual quando comparado com outras formas de assistência, como comprovam os investimentos dos *Planos de Fomento* e do *Fundo de Socorro Social* nesta área.

Estes resultados tornam claro o desinteresse e o desinvestimento do Estado Novo para com a saúde da mulher e da criança, incoerente com com a sua doutrina natalista e católica. Toda a propaganda levada a cabo, no sentido de fazer crer que o regime era um defensor da saúde materno-infantil, encontrada no *Boletim da Assistência Social*, era claramente enganosa e manipuladora da opinião pública. A saúde escolar era outro dos exemplos que confirmam este menosprezo por parte do regime. Embora, durante toda a década de sessenta, a escola comesasse a ser considerada um local de saúde pública, os serviços de saúde escolar não estavam em condições de desempenhar cabalmente as suas funções, por escassez de recursos humanos, por insuficiente coordenação com os serviços de saúde pública e, essencialmente, por ausência de vontade política para o seu



desenvolvimento, como comprova o financiamento marginal a ela direcionado pelo *III Plano de Fomento*.

Do ponto de vista da assistência psiquiátrica, a década de sessenta foi de grandes avanços políticos. Pela primeira vez, o regime mostrava-se atento ao crescimento exponencial das doenças e das anomalias mentais, considerando-as um dos mais graves problemas de saúde, pelo aumento constante do número de doentes. Martins de Carvalho fez publicar, em 1963, a *Lei da Saúde Mental*, na qual o Estado assumia, cada vez mais, uma atitude centralizadora deste tipo de assistência. A mesma legislação criou o *Instituto de Saúde Mental*, na dependência do *Ministério da Saúde e Assistência*, notando-se uma agilização na criação de centros de saúde mental espalhados pelas zonas. Contudo, o *deficit* de unidades, de camas, a sua irregular distribuição pelo país, a falta de especialistas, enfermeiros e outros recursos humanos continuava a fazer-se sentir. No entanto, as verbas canalizadas no *Plano Intercalar de Fomento* e, principalmente, no *III Plano de Fomento*, para a criação de centros de saúde mental, seriam prova cabal de que o regime considerava prioritário este investimento ao nível da saúde.

Do ponto de vista da política sanitária da previdência, o final da década de cinquenta marcou importantes inovações, a vários níveis. No ano de 1958 firmou-se o acordo entre os *Serviços Médico Sociais da Federação* e a *Direcção-Geral de Assistência* no sentido do internamento hospitalar para intervenções de cirurgia geral em doentes da previdência, nos hospitais geridos pela *Direcção-Geral de Assistência*, incluído no esquema da prestação do seguro. No ano seguinte, observou-se novo alargamento do esquema de benefícios: passava a ser comparticipada a assistência médica e medicamentosa aos beneficiários da Federação e alguns dos seus familiares, bem como aos reformados por invalidez e velhice. Em 1961, a assistência médica e medicamentosa seria extensível à família dos reformados, mediante determinadas condições.

O grande ponto de viragem de desenvolvimento da previdência e dos seus serviços sanitários ocorreu durante a década de sessenta. A reforma da previdência, de 1962, marcou uma forte intervenção política do Estado, a este nível. Nesse ano, 80% dos empregados do comércio, da indústria e dos serviços e seus familiares já se encontrava coberta pelo sistema. Contudo, a população rural continuava a ser o sector

mais desprotegido, contando com apenas 20% dos chefes de família inscritos nas casas do povo. No que dizia respeito ao tratamento da tuberculose, previa-se uma assistência médica sem limite de tempo, bem como a comparticipação do internamento e do tratamento cirúrgico da doença. Note-se, ainda, que, em 1963, foi criada a *Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais*.

A criação de mais esquemas de seguros sanitários desconexos e desiguais parecia, contudo, continuar. Prova disso foi a criação da *Assistência na Doença dos Servidores do Estado*, em 1963, mais um esquema de cuidados de assistência médica, cirúrgica, de enfermagem e medicamentosa direccionado para os servidores do Estado e com um funcionamento independente e autónomo, gerido pelo *Ministério das Finanças*. Em 1965, observou-se um novo alargamento do esquema geral de benefícios com um novo acordo entre os *Serviços Médico-Sociais* e a *Direcção-Geral dos Hospitais*. Os beneficiários e seus familiares passavam a beneficiar de comparticipação do internamento hospitalar, não só em casos de cirurgia geral, mas também em casos decorrentes da medicina geral.

Contudo, se entre 1960 e 1965 se registou um crescimento de 57% dos beneficiários das caixas sindicais e das caixas de reforma, como resultado da reforma de 1962, a previdência do sector rural cobria, apenas, 30% da população activa, continuando a sentir-se uma clara assimetria na cobertura da população. Entre 1964 e 1966, registou-se um rápido crescimento do total de beneficiários, na ordem de um milhão. No entanto, continuava reduzida a proporção das prestações sanitárias da previdência na despesa global. Se o *III Plano de Fomento* canalizava verbas na ordem dos 200.000 contos para a previdência, a verdade é que, no cômputo geral, apenas 6,5% das contribuições pagas se destinava à assistência na doença (assistência médica, medicamentosa e subsídios pecuniários). No final dos anos sessenta, o crescimento da despesa com os serviços sanitários e farmacêuticos da previdência cresceu acentuadamente, observando-se a ampliação a novos sectores da população, a ampliação de prestações e o alargamento e modernização das instalações.

Os dados estatísticos demonstram um crescimento exponencial da prestação de cuidados sanitários, durante a década de sessenta, por parte dos *Serviços Médico-Sociais*, das caixas de reforma ou previdência, pelas caixas sindicais e sindicatos, pelas casas do povo e pelas casas dos pescadores. Os *Serviços Médico Sociais da Federação*

registaram um crescimento exponencial, durante a década de sessenta, do total de população abrangida, de população assistida nos postos e do total de delegações. Os familiares dos beneficiários ultrapassaram os próprios beneficiários cobertos pelo esquema de prestação de cuidados de saúde. Registou-se, pois, um crescimento bastante acentuado de beneficiários, estruturas e cuidados de saúde, acompanhado por um crescimento da despesa, numa tendência geral de crescimento dos serviços.

Por seu turno, as caixas de reforma ou previdência também compreenderam um aumento exponencial de beneficiários a partir do início da década de sessenta, sendo a acção médico-social a sua preocupação de primeira linha, como comprova um aumento da despesa a esse nível. Da mesma forma, também as caixas sindicais conheceram novo crescimento, em termos de beneficiários e familiares, durante a década de sessenta. Foram, contudo, as casas do povo e as casas dos pescadores que, a par dos *Serviços Médico-Sociais*, conheceram maior crescimento durante os anos sessenta. As casas do povo tornaram-se instituições prestadoras de serviços de saúde por excelência, com tendência crescente, concedendo assistência na doença de âmbito regional e descentralizado, cuja acção seria consolidada pelo regime. Na década de sessenta, mais de 90% destas instituições concedia assistência na doença, nela se especializando. Por seu turno, as casas dos pescadores também se dedicaram grandemente à prestação de assistência sanitária, como comprova a sua despesa, na ordem de 70%, a ela dedicada.

Apesar desta incontornável evolução da assistência sanitária veiculada pela previdência, não podemos deixar de sublinhar a acção reivindicativa da oposição comunista, face a ela. O órgão propagandístico do P.C.P., *Avante*, dedicou, ao longo das décadas de quarenta, cinquenta e sessenta, numerosos artigos críticos sobre as políticas da previdência e a prestação dos seus cuidados sanitários. Eram recorrentes notícias sobre desvios de fundos da previdência e corrupção por parte dos seus mais altos funcionários. Do ponto de vista da prestação de serviços sanitários, era constante a denúncia da falta de condições físicas dos postos da previdência, a falta de médicos e da sua capacidade humana no atendimento às populações operárias e a exiguidade da comparticipação da previdência, em termos de consultas e medicamentos. A falta de apoio da previdência em caso de doenças profissionais era, também, bastante referenciada pelo jornal.

Apesar do alinhamento ideológico do elenco governativo, durante os anos sessenta encontramos várias evidências que nos sugerem uma clara discrepância entre a ideologia propalada pelo regime, relativa ao papel do Estado em termos de política assistencial e sanitária, e a prática por ele concertada. Alguns pareceres da *Câmara Corporativa*, datados do início da década de sessenta, parecem propor uma perspectiva mais intervencionista do Estado nesta área.

No Parecer 39/VII, respeitante à reforma da previdência social, a *Câmara Corporativa* continuava a concordar com a função supletiva do Estado em relação aos particulares. Contudo, o mesmo órgão considerava claramente que “em determinados sectores a posição do Estado tem de ser dominante – na defesa da saúde pública (profilaxia e luta contra a tuberculose, sezonismo, cancro, doenças infecciosas, doenças e anomalias mentais), pelo seu superior interesse público”<sup>2236</sup>. Esses serviços deviam, segundo o diploma, ser oficiais, dirigindo-se à generalidade dos indivíduos, independentemente da sua condição económica ou social, numa aplicação legal do princípio da universalidade<sup>2237</sup>.

O projecto de lei do novo *Estatuto da Saúde e Assistência* iniciava a sua discussão, na *Câmara Corporativa*, em 1961. Do ponto de vista doutrinário, este documento demonstrava uma clara evolução no sentido de uma maior intervenção do Estado nesta área. Este diploma demonstrava confiar na iniciativa privada para a execução geral dos planos por si traçados. Contudo, defendia a obrigação do Estado na criação dos serviços de saúde e assistência que se tornassem indispensáveis. Isto porque “não podendo as iniciativas particulares suportar os encargos resultantes”<sup>2238</sup> da evolução das ciências e das técnicas, das convenções internacionais assinadas, dos custos dos meios de diagnóstico e terapêutica e o volume de investimentos, cabia ao Estado “a iniciativa da criação dos serviços de saúde e assistência que se tornarem indispensáveis”<sup>2239</sup>.

Contudo, tal não significava que o Estado passava a contrariar a iniciativa privada, continuando, na verdade, a estimular o seu desenvolvimento. No entanto, conforme

---

<sup>2236</sup> Cf. PORTUGAL - PARECER N.º. 39/VIII: REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Actas da Câmara Corporativa*, 128 (1961-04-06), p. 1255-1256.

<sup>2237</sup> IDEM - Ibidem, p. 1255.

<sup>2238</sup> Cf. PORTUGAL - PARECER N.º. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA. *Actas da Câmara Corporativa*, 133 (1961-05-24), p. 1383.

<sup>2239</sup> IDEM - Ibidem, p. 1385.

defendia a *Câmara Corporativa*, era necessário “estabelecer planos de conjunto em que a acção do Estado seja completada e vivificada pela iniciativa privada, atribuindo-se a esta um papel compatível com as suas possibilidades”<sup>2240</sup>. Esta declaração provava, pois, uma completa alteração do papel do Estado e dos particulares ao nível da saúde e da assistência.

Se o Estado continuava a defender, doutrinariamente, a sua acção enquanto supletiva dos particulares, o que aqui encontramos é exactamente o contrário: eram os particulares que estavam a assumir uma acção supletiva do Estado. É uma alteração quase subliminar, mesmo quando a *Câmara Corporativa* assumia não existir nada a rever neste aspecto, tudo estava alterado neste Parecer. É interessante, ainda, observar que o relator deste diploma seria Trigo de Negreiros, o principal ideólogo da política assistencialista do Estado Novo que, agora, assinava um documento que parecia alterar os fundamentos da sua doutrina.

Segundo este diploma, a política que o Estado havia seguido nos últimos anos nada tinha de supletiva, devido à pressão das necessidades, levando à criação de novos serviços e à atribuição de subsídios canalizados para o sector da saúde e da assistência. Simplesmente, concluía este órgão consultivo, tal posição estatal “francamente activa e não supletiva, em nada prejudicou o princípio que ele deve dar à iniciativa privada a maior liberdade de acção em tudo o que respeita à assistência”<sup>2241</sup>.

Mas, se o Parecer da Câmara Corporativa parecia clarificador de uma nova realidade, o mesmo não se poderá dizer do texto legislativo correspondente. O *Estatuto da Saúde e Assistência* mantinha, doutrinariamente, os princípios tradicionais no que era concernente ao papel do Estado neste âmbito: um Estado orientador, coordenador, fiscalizador, fomentador da iniciativa privada e, acima de tudo, executor de “uma acção meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares, que deverá favorecer”<sup>2242</sup>. Um Estado que guardava uma base distinta deste Estatuto para fazer a apologia da caridade ou beneficência livre (Base IV). Em termos doutrinários, nada parecia ter-se alterado.

---

<sup>2240</sup> Cf. PORTUGAL - PARECER N.º 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, p. 1383.

<sup>2241</sup> Ibidem, p. 1386.

<sup>2242</sup> LEI n.º 2120, p. 969.

Do ponto de vista ideológico, o Estado manteve, durante a vigência de Salazar enquanto presidente do Conselho, em termos de política social e sanitária, um discurso no qual defendia uma acção supletiva da iniciativa privada, reservando-se um papel meramente orientador, coordenador e fiscalizador dessa iniciativa. Contudo, como temos vindo a observar, parece-nos que a ideologia e a prática política nem sempre foram consentâneas. Catalisada pelas alterações sociais e políticas, entre o final da década de cinquenta e o início da década de sessenta, observou-se a consolidação de uma posição cada vez mais dominante do Estado em termos de política sanitária, começando a iniciativa privada a possuir um actividade complementar do Estado e não o contrário. Neste âmbito, a evolução da assistência hospitalar constituiu um claro paradigma de um Estado cada vez mais presente e activo na área sanitária.

Ainda do ponto de vista ideológico, a caridade enquanto recurso da política sanitária, esteve sempre presente no discurso do regime. A tradição caritativa portuguesa, fundada na criação e na evolução das misericórdias, foi utilizada pelo regime para legitimar a sua política social e sanitária. Tratava-se de um recurso manipulador do passado, da memória e da história, no sentido de direccionar a opinião pública, aplacando as diferenças entre as políticas sanitárias portuguesas e aquelas adoptadas pelos países mais desenvolvidos.

Contudo, no final da década de sessenta, o direito à assistência e o direito universal à saúde começavam a ser reconhecidos, em termos ideológicos, ainda que não legitimados. Da mesma forma, o conceito de assistência parece ter sofrido um reajustamento ideológico, começando a alargar o seu âmbito, aproximando-se de uma perspectiva de segurança social e afastando-se do conceito de caridade organizada.

Durante o longo período de duração do Estado Novo de Salazar várias seriam as vozes críticas que se levantaram contra a política sanitária e assistencial do regime. Alguns sectores da Igreja Católica, a *Ordem dos Médicos* (que constituiu um verdadeiro grupo de pressão), bem como a oposição deixaram registado o seu testemunho reivindicativo. No que era concernente aos sectores da Igreja Católica, sublinhe-se, durante os anos quarenta, a posição crítica da *Sociedade São Vicente de Paulo*, contrária a uma política social baseada na caridade particular e defensora de um Estado mais interventor nesta área. A partir da década de 1960, sublinhe-se a posição crítica da CÁRITAS, através da sua directora, Fernanda Jardim, instituição que, a certa altura

desenvolveu uma actividade incómoda para o regime, pela divulgação da pobreza sentida no país e no apoio recebido pelo povo norte-americano.

No que era relativo à classe médica, foi essencialmente a partir da década de quarenta, que se deu a sua politização, com a criação dos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*, considerados o fulcro de todos os males da profissão e por ela malquistos. Contudo, durante as primeiras décadas do regime, a *Ordem dos Médicos* possuía fraca intervenção política. Seria, contudo, a partir do final da década de cinquenta que a classe começaria a pressionar o regime, aproveitando a crise que se fazia sentir com as eleições de 1958. Era o início de um movimento profissional contestatário que granjeou a adesão de grande parte da classe e que culminou com a publicação do *Relatório das Carreiras Médicas*. O documento não obteve resultados imediatos mas, a partir da década de 1960, observou-se uma valorização do papel da *Ordem dos Médicos*. O Relatório foi um diploma fulcral para a produção da legislação que viria a ser publicada nos anos seguintes, como o *Estatuto Hospitalar*, e na evolução geral dos serviços sanitários durante os anos posteriores. Na verdade, observou-se um crescimento do total de médicos, especialmente entre 1957 e 1961. Contudo, estes recursos humanos estavam mal distribuídos, concentrados essencialmente na capital e nas cidades com pólos universitários, existindo distritos extremamente carentes destes profissionais.

Ainda no que era respeitante aos recursos humanos da saúde, a partir de finais dos anos cinquenta começava a ser notória a escassez de profissionais, que passava a ser considerada um problema nacional: o problema da enfermagem. Estes profissionais eram poucos, mal remunerados, impedidos de constituir família e sem condições de progressão na carreira. O *Plano Intercalar de Fomento* apontava para a necessidade de um maior esforço no recrutamento e na preparação de enfermeiros. Devido a esta escassez, a partir dos anos sessenta assistiu-se a um crescimento exponencial dos auxiliares de enfermagem, que passaram a igualar o total de enfermeiros, pondo em causa a qualidade dos serviços prestados. Neste período, crescia também, o total de efectivos em estabelecimentos de saúde sem internamento, o que sugere a sua cada vez maior vocação para os serviços de saúde pública. Estes profissionais estavam mal distribuídos, concentrados essencialmente em Lisboa, deixando o resto do país com uma assistência extremamente deficitária. Em 1967, foi publicada legislação que estruturava as suas carreiras e o ensino da profissão. Continuava, contudo, a ser necessário fixar

estes profissionais na periferia e a abertura de novas escolas. O *III Plano de Fomento* considerava ser este um dos investimentos prioritários na área da saúde.

No que era respeitante à oposição comunista, temos de fazer referência aos artigos publicados no jornal *Avante*, fulcrais para perceber o pensamento do partido, na defesa da socialização da medicina e na crítica mordaz à política sanitária e assistencial do regime. Contudo, no cômputo geral, a política de previdência do Estado Novo e os seus serviços de saúde eram os principais visados por esta publicação. Ainda do ponto de vista da oposição, destacamos o episódio da tentativa frustrada da visita de Bevan a Portugal, considerado um prolongamento do processo de agitação iniciado nas eleições presidenciais e manipulado pelo regime como uma ingerência estrangeira na política nacional.

Embora nem sempre a opinião pública fosse contrária à política sanitária e assistencial do regime, desde os primeiros anos, o Estado Novo teve a preocupação de a “doutrinar” através de uma propaganda, ainda que, por vezes, velada. O *Boletim da Assistência Social*, órgão do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*, posteriormente transformado em *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, foi o órgão propagandístico, por excelência, do regime, nesta matéria. Contudo, a primeira fase da publicação teve contornos propagandísticos mais explícitos quando comparada com a versão publicada durante a década de sessenta. Outras publicações, como a revista *Hospitais Portugueses* partilhavam, da mesma forma, uma visão publicitária, idealista e etérea da política sanitária do regime.

Face a estas opções políticas e ideológicas, como seriam os indicadores sanitários produzidos durante a década de sessenta? Como temos vindo a reconhecer, apesar da evolução decrescente, a mortalidade infantil continuava a ser uma das maiores da Europa. Por seu turno, ao nível da mortalidade geral, as doenças infecciosas começavam a perder preponderância, ganhando terreno as doenças cardiovasculares, nomeadamente as lesões vasculares, notando-se, ainda, um aumento da mortalidade por cancro, embora Portugal fosse dos países europeus com a mais reduzida taxa de mortalidade devida a esta doença. Contudo, durante a década de sessenta, Portugal continuava a ser um dos países da O.C.D.E. com maior taxa de mortalidade por doenças infecciosas, nomeadamente por tuberculose. O nosso país era, também, o país europeu com mais baixa esperança média de vida, a nível europeu.



Os anos sessenta marcam um período de grande evolução ao nível da imunização da população portuguesa. Logo no início da década, observou-se um esforço na intensificação da vacinação tríplice e antipoliomielítica, existindo um decréscimo da mortalidade, mas um aumento da morbilidade de doenças como a febre tifoide, o sarampo, a difteria e a poliomielite. Em 1962, a vacina antidiftéria e antitetânica passava a ser obrigatória, já que a sua gratuitidade não havia garantido o total de inoculações esperado. A partir de 1965 foi implementado, com auxílio financeiro da *Fundação Calouste Gulbenkian*, o Plano Nacional de Vacinação, com o objectivo de vencer a poliomielite, a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a tuberculose e a manter o estado de erradicação da varíola. Tal política havia demonstrado efeitos quase imediatos no crescimento do número de vacinados. Da mesma forma, se observou um crescimento das verbas da *Direcção-Geral de Saúde* para a área da imunização, crescendo cerca de 10 pontos percentuais entre 1960 e 1967.

Apesar do decréscimo da mortalidade por tuberculose, durante os anos sessenta, Portugal era, ainda, um dos países europeus com maior taxa de mortalidade pela doença. Em 1960, a patologia tornou-se de notificação obrigatória. Apesar da queda da mortalidade, a tuberculose apresentava uma alta morbilidade em Portugal. Nesse sentido, os esquemas da previdência alargaram-se para o tratamento desta patologia, protegendo os seus beneficiários e familiares e autorizando o seu tratamento pelos serviços da assistência, através do I.A.N.T. O *Plano Intercalar de Fomento* reservou verbas consideráveis, com o apoio da *Fundação Calouste Gulbenkian*, para a luta antituberculosa e a remodelação de instalações em sanatórios.

Apesar da sua erradicação no continente, Portugal continuava, durante a década de sessenta, a receber avultadas quantias da O.M.S. para a erradicação do paludismo nas colónias. Aliás, notava-se um aumento do total de doentes assistidos e parasitados preventivamente durante esta década, em mercê da entrada de indivíduos do Ultramar, devido à guerra colonial. No que era respeitante aos doentes leprosos, durante este período, existiu uma reflexão sobre uma possível alteração do regime de isolamento dos doentes. Contudo, o regime concluiu que a sua segregação era mais vantajosa para o Estado, em termos económicos, observando-se uma continuação da política de isolamento destes indivíduos. As doenças venéreas, por seu turno, também conheceram um grande decréscimo durante esta década, levando a uma quase cessação da actividade dos postos antivenéreos e dispensários de higiene social.

Podemos, pois, concluir, por uma grande incongruência entre a ideologia e a prática exaradas pelo regime, ao nível da política de saúde e assistência durante o período de vigência de Salazar enquanto presidente do Conselho. Esta incoerência era sentida a vários níveis. De facto, desde o início, o Estado Novo mostrou-se grande defensor da medicina social e da medicina preventiva. Contudo, o que provámos, ao longo dos anos, foi a manutenção de um financiamento extremamente débil da saúde pública, em comparação com outras vertentes sanitárias. A década de sessenta veio a acentuar o carácter hospitalocêntrico do sistema, tornando claramente expressa a opção política pelo financiamento e pelo desenvolvimento dos cuidados de saúde continuados, de medicina curativa, numa clara marginalização da medicina preventiva e dos cuidados de saúde primários.

Outra das grandes incoerências do regime foi a defesa de uma política natalista. Este estudo prova, pelo contrário, um claro desinvestimento do Estado Novo na saúde da mulher e da criança. Ao tornar-se o grande coordenador da assistência materno-infantil, o regime nunca assumiu as suas obrigações, sendo sempre supletivo das misericórdias, dos privados, da previdência e da sorte, à qual era abandonada a grande maioria das grávidas, sem qualquer tipo de assistência. Na verdade, o regime de Salazar nunca considerou prioritária a assistência materno-infantil, aproveitando para culpabilizar as mães pela elevada taxa de mortalidade infantil, recriminando-as pela necessidade, que as obrigava a trabalhar fora de casa. Era, pois, a mulher, o bode expiatório da extremamente deficiente política do regime a este nível. Da mesma forma, a assistência hospitalar à criança era diminuta, tal como a saúde escolar, apenas dirigida a uma elite. O Estado Novo, cuja doutrina católica e conservadora o tornava no grande defensor da família, era o regime que tolerava a prostituição, apenas proibida na década de sessenta.

Perante a mutação social que decorreu durante os anos sessenta, marcada pelo crescimento da procura pela assistência hospitalar de cidadãos de todos os estratos sociais, por uma maior consciencialização, por parte dos cidadãos, do seu direito à saúde e à assistência, o regime foi obrigado a assumir um papel que já nada tinha de supletivo, claramente activo, transformando supletiva a iniciativa privada. Tratava-se, pois, de uma adaptação do regime aos novos tempos. Contudo, se a prática política evoluiu, a ideologia permaneceu. O Estado Novo continuava a defender a sua acção enquanto supletiva da iniciativa privada, recriminava o trabalho feminino quando cada

vez mais mulheres entravam no mundo do trabalho, continuava a defender o parto domiciliário quando cada vez mais mulheres optavam pelo parto medicalizado, continuava a defender uma doutrina natalista, quando cada vez mais mulheres tinham acesso a anticoncepcionais... Nos anos sessenta, para além de demagógico, o Estado Novo estava ideologicamente desfasado do seu tempo.

A política de saúde e assistência do Estado Novo de Salazar comportou-se, na realidade, como um reflexo da política geral, funcionando os grandes períodos de crise como seus catalisadores, pensada enquanto influenciadora da opinião pública, com a qual o regime tanto se preocupava. Assim nasceriam os dois períodos de fomento da política assistencial e sanitária, que já referimos. Através da análise deste estudo, observamos que, durante o Estado Novo, na sua fase inicial, a saúde dos indivíduos possuía pouca relevância enquanto política pública da Nação. A partir dos anos sessenta, a saúde passou a assumir um papel de maior relevância em termos de políticas públicas, observando-se a sua integração nos planos de fomento. Contudo, o resultado final destas políticas convergiu num sistema sanitário fragmentado, descoordenado, desigual e não universal. Um sistema híbrido, que reunia características de um sistema previdencial, mas também de um sistema baseado na medicina liberal e na assistência pública. Um sistema fragmentado patrimonial e organicamente, constituído por subsistemas também eles híbridos e desiguais, como seria o caso do sistema hospitalar ou previdencial. Quando as normas internacionais defendiam uma concentração de recursos, o sistema de saúde português continuava a ser constituído por uma multiplicidade de subsistemas, geradores de uma clara desigualdade. E essa desigualdade era sentida no acesso ao sistema, no acesso aos cuidados de saúde prestados e no pagamento desses serviços.

Esta falta de equidade era fundada em várias características: sexo, idade, rendimento, tipo de patologia, profissão, local de residência. Relativamente ao sexo e à idade, as mulheres e as crianças estavam claramente em desvantagem, muitas vezes sem acesso aos cuidados especiais de saúde e assistência de que necessitavam. O rendimento era factor preponderante para o acesso e para a escolha do médico e da estrutura sanitária, bem como para o tempo de espera para consulta, internamento e tratamentos. Os detentores de maiores rendimentos, passíveis de pagar na totalidade as suas despesas de saúde, tinham maior facilidade de acesso ao sistema, podendo escolher as

unidades de melhor qualidade e conseguindo vagas de internamento e consulta mais facilmente.

A profissão era um claro factor de desigualdade, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde da previdência. Note-se que os empregados do comércio, indústria e serviços possuíam acesso mais facilitado aos serviços sanitários da previdência, ao passo que os trabalhadores rurais, apenas alguns deles estavam inscritos nas casas do povo, podendo fruir dos serviços sanitários prestados por aquelas instituições. Também o local de residência era factor de discriminação. As populações dos meios rurais tinham mais dificuldades no acesso ao sistema, dado que os hospitais centrais se localizavam nas grandes cidades, tal como a maioria dos recursos humanos da saúde, obrigando esta população a deslocar-se por redes viárias, muitas delas deficientes, na senda por assistência sanitária. Por último, algumas patologias eram, ainda, alvo de discriminação, como era o caso da lepra, cuja política estatal foi sempre de encarceramento desta população.

Tendo em conta os resultados obtidos, consideramos ter existido, durante o Estado Novo de Salazar, uma continuidade da política assistencialista, supletivista, caritativista e não universalista levada a cabo pela Monarquia Constitucional e pela I República. É, contudo, inegável, uma evolução na continuidade, uma evolução orgânica, política e estrutural, com claras repercussões nos índices sanitários da população portuguesa. Durante os anos sessenta, esta evolução colocou em causa a supletividade do Estado face aos particulares, ao nível da política sanitária e assistencial, embora doutrinariamente o regime assim continuasse a considerar a sua posição. Na verdade, tal progresso foi, em parte, auxiliado pela evolução da ciência médica e farmacêutica, com o aparecimento de novos fármacos e formas de imunização, novas técnicas, novos equipamentos e novos métodos de diagnóstico.

No nosso entender, o Estado Novo de Salazar não pode ser considerado verdadeiramente enquanto um Estado Social, segundo a concepção de Asa Briggs. Foi, contudo, um Estado com crescentes preocupações sociais e que imprimiu uma consistente evolução das políticas sanitárias e assistenciais. Na verdade, o regime parece ter assimilado a herança, a este nível, dos regimes antecedentes, sendo seu continuador e imprimindo-lhe uma clara evolução, adaptando-se aos novos tempos. Os resultados obtidos estão, em nosso entender, longe de demonstrar uma ruptura das políticas

sanitárias e assistenciais do Estado Novo de Salazar com os regimes precedentes. Uma governação que, nos anos sessenta, continuava a depender, em parte, da caridade, através da acção das misericórdias, de subsídios de fundações, como a *Fundação Calouste Gulbenkian*, de legados e grandes doações e até da caridade dos cristãos americanos, através da CÁRITAS... A saúde dos cidadãos continuava a ser considerada como uma vertente de responsabilidade individual ou familiar, não se confundindo com saúde pública.



## **FONTES E BIBLIOGRAFIA:**

### **1. Fontes:**

A Câmara do Comércio Britânica e a Fundação Calouste Gulbenkian, beneméritas do Hospital D. Estefânea. In *Boletim Clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa*, vol. 21(3), 1957, p. 121-123.

A Nota Oficiosa sobre a Visita que fora Projectada do Sr. Aneurin Bevan. In *Diário de Lisboa*. Lisboa: Renascença Gráfica, Ano 38, nº. 12906, 11 Novembro 1958, p. 2.

Assinatura do acordo para internamento hospitalar. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMÍLIA – *A saúde e o trabalhador: Postos clínicos da previdência social*. Lisboa: FCPAF, 1969, p. 81-87.

Cerimónia de assinatura da acta adicional ao acordo entre a Federação das Caixas de Previdência e o I.A.N.T. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMÍLIA – *A saúde e o trabalhador: Postos clínicos da previdência social*. Lisboa: FCPAF, 1969, p. 81-87.

Conclusões do Congresso das Misericórdias. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. III, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 189-194.

Estudo sobre a Carreira Médica: Relatório da Comissão eleita pela Assembleia Extraordinária da Secção Regional de Coimbra, em 6 de Agosto de 1959. In *Boletim da Ordem dos Médicos*, vol. IX, nº. 4 (Abril de 1961), p. 283-342.

Estudo sobre a Carreira Médica: Relatório da Comissão eleita pela Assembleia Extraordinária da Secção Regional do Porto, em 31 de Agosto de 1959. In *Boletim da Ordem dos Médicos*, vol. IX, nº. 4 (Abril de 1961), p. 343-402.

Relatório e Contas do Conselho Geral da Ordem dos Médicos e Exposição do Bastonário. In *Boletim da Ordem dos Médicos*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 8, Agosto 1962, p. 537.

Sobre o acordo firmado entre a Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família e o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMÍLIA – *A saúde e o trabalhador: Postos clínicos da previdência social*. Lisboa: FCPAF, 1969, p. 81-87.

- Sobre a nova Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais. In FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA E ABONO DE FAMÍLIA – *A saúde e o trabalhador: Postos clínicos da previdência social*. Lisboa: FCPAF, 1969, p. 159-168.
- IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956.
- ALVES, Casanova [et al.] – Seguro-Tuberculose. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 142.
- ALMEIDA, António Augusto de – A Defesa da Família, como Factor Fundamental de Regeneração da Raça, de Morigeração dos Costumes e de Combate à Prostituição e à Indigência. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 2ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 5-6.
- ALVARES, Hipólito – Assistência Médica Rural. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 5-16.
- ALVES, J. Carlos Simões - O Problema Hospitalar. In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 307.
- ANDREIA, Álvaro – Assistência aos Inválidos: Princípios e Realizações. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 8.
- ANJO, A. César – *A Luta Anti-Tuberculosa*. Lisboa: Empresa Contemporânea de Edições Lda, [s.d.].
- ANTUNES, José Freire – *Salazar Caetano: Cartas secretas (1932-1968)*. [Lisboa]: Círculo de Leitores, 1993.
- ARBELO CURBELO, A.; ARBELO LÓPEZ DE LETONA, A. – *Demografía Sanitaria Infantil*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1957.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – *Tratado de Lisboa. Versão consolidada*. Lisboa: Assembleia da República, 2008.
- AZEVEDO, J. Fraga de; AMARO, Fernando de Castro – *Como Evitar as Doenças Infecciosas*. Lisboa: Cosmos, 1946, vol. I.



- BAPTISTA, Agostinho e TECEDDEIRO, Luís – As Misericórdias e a Segurança Social (de Percussoras a Expectantes). In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 9-14.
- BARREIROS, Manuel Simões - Assistência: centralização ou descentralização? In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 389.
- BASSO, José Fraústo – A Assistência Particular em Portugal e as Misericórdias: Elementos para o seu Estudo. In CONGRESSO NACIONAL DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS - *V Congresso Nacional das Misericórdias Portuguesas*. Viseu: Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas, 1977, p. 252.
- BESSA, José dos Santos – Assistência Materno-Infantil em Geral. Legislação. Institutos Maternais. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1952, p. 20-23.
- BESSA, José dos Santos [et al] – Votos Finais: 1ª Secção – Puericultura. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1952, p. 50-54.
- BETTENCOURT, Humberto – Relações entre a Assistência Pública e Privada. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 44-45.
- BEVERIDGE, William – *Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge*. London: H.M.Stationary Office, 1942.
- BEVERIDGE, William; GUEDES, Armando Marques – *O Plano Beveridge: com um estudo do professor Marques Guedes*. Lisboa: Editorial O Século, [1943].
- BISSAYA BARRETO - Medicina Social – Necessidade e urgência da sua organização em Portugal. In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol., p. 137.
- BOLEO, José de Paiva – Algumas Causas Sociais com que se Pretende Justificar o Aborto. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 55.

- BRAGA, Mário Ferreira – Previdência e Assistência: Conexão e Coordenação. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 10ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 14-17.
- BRAGA, Moreira – A Acção das Misericórdias, das Casas do Povo e dos Centros Paroquiais de Assistência no Combate à Mortalidade Infantil. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. I, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 33-34.
- BRUTO DA COSTA, Alfredo – *A despesa social pública em Portugal (1960-1983)*. Lisboa: Departamento Central de Planeamento, 1986.
- BIRAUD, Yves – La Lutte contre les Maladies: Organisation Mondiale de la Santé. In *Pax Romana*. Suisse, nº.3, Juin 1957, p. 4,10.
- CAEIRO, Fernando de Melo – Medicina Preventiva e Saúde Pública. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 109.
- CAETANO, Marcello – *Minhas memórias de Salazar*. Lisboa: Verbo, 2000.
- IDEM – *A Constituição de 1933: Estudo de Direito Político*. Coimbra: Coimbra Editora, 1967.
- IDEM – *O sistema corporativo*. Lisboa: Edição de autor, 1938.
- CANCELA DE ABREU, Lopo de Carvalho – Alguns Aspectos de Política Económica-Social de Luta contra a Tuberculose. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 136.
- CANDIDO, Morgado Ludovico – A evolução da estrutura escolar portuguesa. In *Análise Social*, vol. II, nº. 7-8 (1964), p. 671-698.
- CARDIA, Mário – Previdência Social para a Doença. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 10ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 25-31.
- IDEM – Assistência às Classes Pobres na Doença. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 36-41.
- IDEM – Política Hospitalar: Suas Relações com a Saúde Pública, o Ensino e a Previdência Social. Separata de *O Médico*, 745. [s.l.; s.n.], 1966, p. 11.

- IDEM – Novas Directrizes na Previdência Social para a Doença. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 25.
- CARDIA, Mário e MOURA, Álvaro Mendonça e - Relações da Previdência com a Assistência Social. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 88-89.
- CARDOSO, Fernando Magalhães e LOBO DA COSTA, Amadeu – A Obra Assistencial do Estado Novo: Tradições e Princípios. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 21.
- CARNEIRO E FREITAS, Constantino – A classe médica perante a organização corporativa: Breves considerações sobre alguns problemas. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 78.
- CARRILHO, Maria José – *A Mortalidade Infantil em Portugal: 1950-1975*. Lisboa: INE, 1977.
- CARVALHO, António Crespo – Comunicação da Misericórdia da Covilhã. In CONGRESSO NACIONAL DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS - *V Congresso Nacional das Misericórdias Portuguesas*. Viseu: Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas, 1977, p. 19.
- CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935.
- CORREIA, Fernando da Silva – Assistência «Direito» e Assistência «Dever». In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 79-82.
- IDEM – Medicina Social ao Serviço da Nação. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 98.
- IDEM – O que a saúde Pública deve ao Doutor Oliveira Salazar. Separata do *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*, ano VIII, nº. 38, 1953.
- IDEM – A Lição de 25 Anos a Bem da Saúde Pública. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 18.

- CONDESSA DE RILVAS - A assistência técnica. In CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 170.
- CONGRESSO NACIONAL DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS - *V Congresso Nacional das Misericórdias Portuguesas*. Viseu: Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas, 1977, p. 12.
- COSTA, Vasco Bruto da – *Problemas dos Serviços Médico-Sociais Universitários de Lisboa*. [s.l.; s.n.], 1968, p. 9.
- COUTO, Gustavo – *A propósito do III Congresso das Misericórdias*. Lisboa: [s.d.], 1932.
- CUNHA, Saraiva da - Difteria. In MALTEZ, Fernando; ALMEIDA, Ramalho de [coord.] – *História de Doenças Infecciosas*. [s.n.; s.l.], 2014, p. 56.
- CURRY CABRAL, José da Camara - Assistência Pública e Hospitalização. In *Notas sobre Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908. vol.1, p. 629-630.
- IDEM – *A Tuberculose (Defeza Individual)*. Lisboa, A.N.T., 1901.
- DIAS, José Lopes – Assistência Rural – Aplicação Prática, Regional e Geral dos Princípios Técnicos. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 28-31.
- IDEM – A Colaboração da Assistência Social na Saúde Escolar dos Meios Rurais. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 16ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 115.
- IDEM – Saúde Rural: Sua Imperiosa Necessidade na Vida Portuguesa. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 117.
- DINIZ DA FONSECA, Joaquim – Discursos proferidos na Segunda Jornada das Mães de Família. Separata da *Imprensa Médica*, ano IX, nº. 16, 1943, p. 5.
- DIRECÇÃO-GERAL DE ASSISTÊNCIA – *Regulamento Caixas de Previdência e de Abono de Família dos Empregados da Assistência da Direcção-Geral de Assistência*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1943.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – *Normas de vacinação*. Lisboa: D.G.S., 1964.
- FARELO, Francisco da Costa – Uma tentativa de resolução do problema da assistência médico-social dentro da experiência portuguesa de Previdência Social. In *Revista*

- do Gabinete de Estudos Corporativos*. Lisboa: Centro Universitário de Lisboa – Gabinete de Estudos Corporativos, ano III, nº. 11-12 (1962), p. 191.
- FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *ABC do seguro social*. Lisboa: Divulgação, Informação e Cooperação Internacional, 1949.
- FERREIRA, Coriolano – O Hospital de Hoje e do Futuro. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. III, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 125-189.
- IDEM – Assistência, Previdência e Segurança Social. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 70-71.
- FERREIRA, F.A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FONSECA, Fernando da – Introdução. In AZEVEDO, J. Fraga de; AMARO, Fernando de Castro – *Como Evitar as Doenças Infecciosas*. Lisboa: Cosmos, 1946, vol. I, p. 6.
- GARRETT, António de Almeida – Estatística Demográfica e Luta contra a Mortalidade Infantil. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1952, p. 15.
- GOMES, Matos – Previdência e Assistência. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 93-95.
- GONÇALVES, Assis – As Misericórdias na Evolução da Assistência Social. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. I, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 116-129.
- IDEM – Esboço de uma Obra de Assistência Social. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 7.
- GOUVEIA, Adalberto – Coordenação entre assistência local: Relações entre Misericórdias e Casas do Povo. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 15-20.
- GUERREIRO, Luís – Medicina do Trabalho: Prevenção de Acidentes, Profilaxia de Doenças Profissionais. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 15.
- HENRIQUES, Duarte Gorjão – Uma Experiência Medico-Social no Concelho de Leiria. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União*

- Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 67.
- IDEM – Assistência Social Escolar. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 16ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 139-141
- IGREJA CATÓLICA, Papa, 1878-1903 (Leão XIII) – *Rerum Novarum*. Lisboa: Rei dos Livros, 1991.
- LAGOA, Alberto – Aspectos médico-sociais do Plano Beveridge. Separata do *Jornal do Médico*. [s.n.; s.l.], 1944, pp. 3-31.
- LEAL, M. Silva e PIRES DE LIMA, Fernando - Medicina Social não é Socialização da Medicina. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 30.
- LEÇA, Carlos Pontes – Assistência Médico-Social Rural. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 77.
- LISBOA, João Gomes Branco; CARVALHO, Manuel da Silva – Assistência Farmacêutica aos Pobres. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 101-105.
- IDEM – Exercício de Farmácia e Assistência Farmacêutica. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 106 – 110.
- LOPES, Irene de Jesus – *Subsidios para o estudo da história das farmácias de misericórdias*. Lisboa: Oficinas Gráficas de Casa Portuguesa, 1945.
- MAIA, Celestino – Justificação e Bases da I Regulamentação da Assistência Médica e Exercício da Medicina em Escala Nacional. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 99-103.
- MACHADO, José Timóteo Montalvão – Assistência Médica às Populações Rurais. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 125.
- MEDEIROS, Manuel – A tutela administrativa nas misericórdias. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 248-299.

- MENDES, Carlos de Azevedo – Assistência-Previdência. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 46-53.
- MILLER GUERRA, J.P. – Relações da saúde com o desenvolvimento (I). In *Brotéria*, vol. 89, nº. 6 (Junho 1969), p. 757-760.
- IDEM - Relações da saúde com o desenvolvimento (II). In *Brotéria*, vol. 89, nº. 7 (Julho 1969), p. 24-30.
- IDEM – A Política de Saúde. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. III, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 98-118.
- MINISTÉRIO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA SOCIAL – *Relatório da Previdência*. Lisboa: Direcção-Geral da Previdência e Habitações Económicas, 1969.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Fundo de Socorro Social: Relatório da Gerência de 1969*. Lisboa: Direcção-Geral de Assistência, 1970.
- MONIZ, Manuel Sereto; MONIZ, José Manuel de Carvalho – Orientação e Técnica da Medicina Escolar nas Escolas Primárias. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 16ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 153-155.
- MONTEIRO, José de Sousa – A Previdência Social e o “Seguro na Doença”. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 140.
- MOTA VEIGA, António Jorge da – Previdência e Assistência (o Problema da sua Coordenação). In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 56-59.
- MURTEIRA, António – Nótula sobre a constituição das comissões regionais de assistência. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 21-22.
- NETO DE CARVALHO, Francisco – Conferência de imprensa realizada no S.N.I., em 4 de Outubro de 1965, na qual foram anunciados, por S. Ex<sup>a</sup>. o Ministro da Saúde e Assistência, os Programas de Vacinação e de Educação Sanitária. In VAN ZELLER, Maria Luísa [et al.] – *Programa Nacional de Vacinação (P.N.V.)*. Lisboa: Sociedade Tipográfica Ld<sup>a</sup>, 1968, p. 53.
- IDEM – *Problemas de Saúde e Assistência (1963-1967)*. [s.n.; s.l.], 1967, p. 111-118.
- IDEM – (NOTA OFICIOSA) de 4 de Agosto 1965. In NETO DE CARVALHO, F. – *Problemas de Saúde e Assistência (1963-1967)*. [s.n.; s.l.], 1967, p. 111-118.

- NINA, Cristiano – Sobre Política Hospitalar: Depoimento do Dr. Cristiano Nina. Separata de *O Médico*, 943. [s.n.;s.l.], 1969, p. 590.
- IDEM – Hospital Rural (Centro de Saúde e Serviço Social). In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 112-113.
- NINA, Jaime – Malária. In MALTEZ, Fernando; ALMEIDA, Ramalho de [coord.] – *História de Doenças Infecciosas*. [s.n.; s.l.], 2014, p. 89.
- NOGUEIRA, Couto – A cooperação da Rockefeller Foundation com os serviços de saúde em Portugal. Separata de *A Medicina Contemporânea*, 7, 1938.
- NOGUEIRA, João Moniz – Um Plano de Assistência à Maternidade e à Infância no Concelho de Faro. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 66.
- OLIVEIRA, Agnelo Galamba – Acerca das Casas do Povo. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 17.
- OLIVEIRA, José Ferreira de – Ligeiros Comentários à Reforma Hospitalar. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 131.
- O.M.S. – *Constitution of the World Health Organisation*. Nova Iorque: [s.d.], 1946.
- ORDEM DOS MÉDICOS – *Relatório sobre as Carreiras Médicas*. Lisboa: Ordem dos Médicos, 1961.
- PAIS DE SOUSA, António Oliveira – Conexão económica da Previdência Social com os serviços de saúde e assistência públicas. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 23-45.
- PARREIRA, Henrique Pereira – Os Acidentes de Trabalho e as Doenças Profissionais: Reflexo deste problema na economia nacional e necessidade urgente de se lhe dar solução. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 12.
- PAÚL, António da Silva – Trabalhadores de Tenra Idade: Subsídios para um Plano Nacional de Higiene nas Primeiras Idades. Separata do *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Tomo CXVII, nº.7., 1953, p. 43.



- PAÚL, António e CARNEIRO, Constantino de Almeida – Assistência e Previdência nos Nossos Meios Rurais. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 8.
- PEREIRA, A. Torres – No centenário da vacinação anti-rábica (1885-1985). In BETTENCOURT, A. (dir) - *Arquivos do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*. Lisboa: I.B.C.P., Tomo XIII, 1985, p. 3-5.
- PEREIRA, Pedro Teotónio – *A Batalha do Futuro: Organização Cooperativa*. Lisboa: Clássica, 1937.
- PINA, Luis de - Os Ozanam na História da Medicina e da Caridade. In *Sociedade São Vicente de Paulo em Portugal*. Porto, [s.n.], 1961, p. 110.
- PINTO, Américo Cortez – A Actividade Especializada da Saúde Escolar. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 16ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 107-111
- PINTO, Luís Martim Machado – *Breve Notícia apresentada pela Direcção Geral de Assistência ao I Congresso da União Nacional*. Lisboa: Ministério do Interior, 1934.
- PIRES DE LIMA, António – Organização Hospitalar: Exame Crítico da Actividade Desenvolvida para Execução da Lei 2011. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 21.
- PORTUGAL; ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – *Constituições Portuguesas*. Lisboa: Assembleia da República, 1992.
- PORTUGAL, PRESIDÊNCIA DO CONSELHO – *Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1964.
- IDEM – *III Plano de Fomento para 1968-1973*. 2º Vol, Lisboa: INCM, 1968.
- IDEM – *Discursos e Notas Políticas*. Coimbra: Coimbra Editora, [1950].
- PORTUGAL - *Constituição Política da República Portuguesa: Aprovada pelo Plebiscito Nacional de 19 de Março de 1933*. 10ªed, Lisboa: [s.n.], 1955.
- IDEM - *Constituição Política da República Portuguesa Votada em 21 de Agosto de 1911 pela Assembleia Nacional*. [s.l.:s.n.], 1980. Edição fac-similada.

- PROENÇA, António – Primeiros Resultados de uma Experiência Medico-Social na zona de Castelo Branco. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 63-65.
- RAMOS DA COSTA, Francisco Sales – *O Plano Beveridge Criticado*. Lisboa: Seara Nova, 1943.
- RELVAS, Joaquim de Moura – O Problema da Medicina Rural. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 121.
- RODRIGUES, Adriana – Missão da Mãe de Família na Defesa da Instituição Familiar. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. IV, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 155.
- RODRIGUES, António Lopes - Assistência Pública e Assistência Particular. In I CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *I Congresso da União Nacional: Tudo pela Nação, nada contra a Nação*. Lisboa: União Nacional, 1935. 2º vol, p. 187.
- ROSA, Eugénio Ribeiro – Serviços de saúde escolar: a experiência britânica. Separata do *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa*, 124, 1960.
- ROSA, Jaime de Paula – Abortos e Esterilidades Criminosos e por Imprevidência. O Papel do Médico e o seu Dever Social. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 56.
- SALAZAR, António Oliveira – *Antologia (1909-1966)*. 3ª ed., Coimbra: Coimbra Editora, 1966.
- SAMPAIO, Arnaldo – Perspectivas e tendências em Saúde Pública. In *O Médico*, nº. 47 (1960), p. 277.
- SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO – *Memória sobre a Misericórdia do Porto Apresentada ao Congresso Internacional de Assistência Pública e Beneficência Particular*. Porto: Imprensa Comércio do Porto, 1900.
- SANTOS, Carlos – Medicina Social: crise da classe médica, investigação científica entre nós, criação do Ministério da Saúde. Separata de *O Médico*, 17 (419), 1951, p. 27-29.

- SANTOS, João Marques dos – *Serviços Anti-Rábico e Vacínico de Coimbra: Movimento de 1937*. Coimbra: Coimbra Editora Lda, 1937.
- IDEM – *O Instituto de Patologia Geral e o Serviço Anti-Rábico e Vacínico de Coimbra*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1931.
- SARDO, Fernando Silva – Hospitais do Distrito da Guarda. Algumas Considerações sobre o seu Aproveitamento num Plano de Assistência Hospitalar Distrital. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 70-72.
- SEABRA, António – Características e Atribuições dos Hospitais Regionais e Sub-Regionais. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. II, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 443-448.
- SECRETARIADO NACIONAL DE INFORMAÇÃO – *A Cruz Vermelha Portuguesa: sua génese e sua actividade em 80 anos*. Lisboa: S.N.I., 1945.
- SENDAS, António Emílio – Para uma Administração Sanitária em Matéria de Higiene Rural. In IV CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *Sessões Plenárias*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, 1956, p. 112.
- SERVIÇOS MEDICO-SOCIAIS- FEDERAÇÃO DE CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Dez Anos de Acção Médico-Social (1946-1955)*. Lisboa: Serviços Médico-Sociais, 1956.
- SILVA, Fernando Ferreira da – As Casas do Povo e seus Problemas. In III CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *III Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 1ª Secção*. Coimbra: Tipografia Atlântida, 1951, p. 10.
- SILVA, M. Pereira da – A Assistência Corporativa ao Serviço da Nação. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 111.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1952.
- SOUSA, Luís Vaz de - O Enquadramento Corporativo das Misericórdias. In IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS – *Actas: 1959*. Vol. III, Lisboa: [s.n.], 1959, p. 103-124.
- SOUSA, Mário Tavares de – A Assistência Materno-Infantil e a sua Extensão às Populações Rurais. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 72.

- SOUSA FIALHO – Experiência da Acção Medico-Social em Setúbal. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 60-62.
- SUBSECRETARIADO DE ESTADO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA – PORTARIA de 13 de Junho 1946. In SERVIÇOS MEDICO-SOCIAIS-FEDERAÇÃO DE CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Dez Anos de Acção Médico-Social (1946-1955)*. Lisboa: Serviços Médico-Sociais, 1956, p. 2.
- TENREIRO, Henrique dos Santos – Casas dos Pescadores: Tese apresentada ao II Congresso da União Nacional. In Separata do *Boletim da Pesca*. 5, p. 9-12.
- VAN ZELLER, Maria Luísa – Ordem do Dia. In ASSEMBLEIA NACIONAL - *Diário das Sessões*. 138 (1948-03-19), p. 369-371.
- IDEM – Orientação Técnica e Administrativa dos Meios de Defesa Materno-Infantil. In II CONGRESSO DA UNIÃO NACIONAL – *II Congresso da União Nacional: Resumos das Teses da 17ª Secção*. Lisboa: Casa Portuguesa, [1967], p. 19.
- VAN ZELLER, Maria Luísa [et al.] – *Vacinação contra a poliomielite em Portugal continental*. Lisboa: Sociedade Tipográfica, 1968.
- VAN ZELLER, Maria Luísa [et al.] – *Programa Nacional de Vacinação (P.N.V.)*. Lisboa: Sociedade Tipográfica, 1968.

## **1.1. Arquivo Nacional Torre do Tombo [A.N.T.T.]**

### **1.1.1. Fundo António Oliveira Salazar**

Correspondência Oficial do Ministério das Corporações

CO/CR – 1, pt. 2, pt. 16.

CO/CR – 2, pt. 22.

CO/CR – 4, pt. 3, pt. 13.

CO/CR-5, pt. 13.

Correspondência Oficial do Ministério do Interior

CO/IN – 1A/ pt. 6, pt. 8.

CO/IN-1B, pt. 14.

CO/IN-1C, pt. 3, pt. 9, pt. 14.

CO/IN-2 B, pt. 3.

CO/IN-9-1, pt.8, pt.12, pt. 16, pt. 18

CO/IN-9-2, pt. 2.

CO/IN-9 A, pt. 12, pt. 15, pt. 16

CO/IN – 9 B, pt. 6.

CO/IN-10, pt. 18.

CO/IN-10 A, pt. 3, pt. 8, pt. 12, pt. 22.

#### Correspondência Oficial da Presidência do Conselho

CO/PC – 2B, pt. 14.  
CO/PC-51, pt. 26.  
CO/PC-55, pt. 21, pt. 32.  
CO/PC-57, pt. 37.  
CO/PC-60, pt. 11.  
CO/PC-65, pt. 1.  
CO/PC-66, cx. 640, pt. 32.  
CO/PC-71, pt. 5.  
CO/PC-76, pt. 4.  
CO/PC-76 B, pt. 2.  
CO/PC-76 C, pt. 10.  
CO/PC-77, pt. 8ª subdivisão.  
CO/PC-81 B, pt. 3.

#### Correspondência Oficial do Ministério das Finanças

CO/FI-6, cx. 249, pt. 4.

#### Correspondência Oficial do Ministério da Educação Nacional

CO/ED-1D.  
CO/ED-1G, pt. 5.  
CO/ED-4, pt. 16.  
CO/ED-8, pt. 4.

### **1.1.2. Fundo do Ministério do Interior**

#### Gabinete do Ministro

Mç. 464, pt. 2/34.  
Mç. 484, pt.1/1.  
Mç. 484, pt.1/2.

## **1.2. Arquivo de História Social do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa [A.H.S.]**

### **1.2.1. Fundo Pinto Quartín:**

PQ.0586-DOC0054.  
PQ. 3300-DOC0352.

### **1.3. Arquivo do Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social [A.G.E.P.]**

*Serviços Médico-Sociais Federação das Caixas de Previdência.* Ordem de serviço / Despachos da Direcção (27/05/1954).

*Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família – Serviços Medico-Sociais 1949-1962*, FCPAF 09/01.

### **1.4. Arquivo Maria de Lourdes Pintasilgo – Fundação Cuidar o Futuro [A.M.L.P.]**

Pasta 0008.013.

### **1.5. Arquivo Histórico Parlamentar – Assembleia da República [A.H.P.]**

#### **1.5.1. Diários do Governo:**

DECRETO de 6 de Abril de 1835. *Collecção de Leis e Outros Documentos Officiaes Publicados: Desde 15 de Agosto de 1834 até 31 de Dezembro de 1835.* Lisboa: Imprensa Nacional, 1937.

DECRETO de 3 Janeiro 1837. *Colecção de Leis e Outros Documentos Officiaes Publicados no 1º Semestre de 1837*, Livro 1837.

DECRETO de 26 de Novembro de 1851. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1851.* Lisboa: Imprensa Nacional, 1852.

DECRETO de 5 Outubro de 1859. *Collecção Oficial de Legislação Portuguesa: Ano 1859.* Lisboa: Imprensa Nacional, 1860.

DECRETO de 3 Dezembro 1868. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1868.* Lisboa: Imprensa Nacional, 1869.

DECRETO de 28 de Fevereiro de 1891. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1891*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1862.

DECRETO de 10 Janeiro de 1895. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1895*, nº. 4. Lisboa: Imprensa Nacional, 1896.

DECRETO de 4 de Outubro de 1899. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900.

DECRETO de 28 de Dezembro de 1899. *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa, Anno 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900.

DECRETO de 31 Janeiro de 1901. *Collecção Oficial de Legislação Portuguesa: Ano1901*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1902.

DECRETO de 29 de Agosto de 1907. *Collecção Oficial de Legislação Portuguesa: Ano1907*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908.

DECRETO de 8 de Outubro de 1910. *Diário do Governo, Série I*. 4 (1910-10-10).

DECRETO. *Diário do Governo, Série I*. 68 (1911-03-24).

DECRETO de 10 de Fevereiro de 1911. *Diário do Governo, Série I*. 33 (1911-02-10).

DECRETO de 10 de Março de 1911. *Diário do Governo, Série I*, 57 (1911-03-10).

DECRETO com força de Lei, de 20 de Abril de 1911. *Diário do Governo, Série I*. 92 (1911-04-21).

DECRETO de 26 de Maio de 1911. *Diário do Governo, Série I*. 122 (1911-05-26).

LEI nº. 83. *Diário do Governo, Série I*. 171 (1913-07-24).

LEI nº. 88. *Diário do Governo, Série I*. 183 (1913-08-07).

DECRETO nº. 295. *Diário do Governo, Série I*. 14 (1914-01-27).

DECRETO nº.1102. *Diário do Governo, Série I*. 221 (1914-11-25).

DECRETO nº. 1137. *Diário do Governo, Série I*, 226 (1914-12-03).

DECRETO nº. 1425. *Diário do Governo, Série I*. (1915-03-23).

LEI nº 494. *Diário do Governo, Série I*. 52 (1916-03-18).

DECRETO nº. 4563. *Diário do Governo, Série I*. 155 (1918-07-12).

DECRETO nº 4641. *Diário do Governo, Série I*. 157, suplemento (1918-07-14).

DECRETO nº 5369. *Diário do Governo, Série I*. 73 (1919-04-09).

DECRETO nº. 5544. *Diário do Governo, Série I*. 97 (1919-05-09).

DECRETO nº. 5636. *Diário do Governo, Série I*. 98, 8º suplemento (1919-05-10).

DECRETO 5637. *Diário do Governo, Série I*. 98, 8º suplemento (1919-05-10).

DECRETO 5638. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10).

DECRETO 5639. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10).

DECRETO 5640. *Diário do Governo, Série I.* 98, 8º suplemento (1919-05-10).

DECRETO nº. 5736. *Diário do Governo, Série I.* 98 (1919-10-05).

DECRETO 8505. *Diário do Governo, Série I.* 244 (1922-11-25).

DECRETO nº. 9431. *Diário do Governo, Série I.* 36 (1924-02-16).

LEI nº. 1641. *Diário do Governo, Série I.* 169 (1924-07-29).

LEI nº. 1667. *Diário do Governo, Série I.* 203 (1924-09-08).

DECRETO nº. 10242. *Diário do Governo, Série I.* 246 (1924-11-01).

DECRETO nº. 11267. *Diário do Governo, Série I.* 255 (1925-11-25).

DECRETO nº. 11336. *Diário do Governo, Série I.* 264 (1925-12-10).

DECRETO nº. 11996. *Diário do Governo, Série I.* 166 (1926-07-31).

DECRETO nº. 12477. *Diário do Governo, Série I.* 227 (1926-10-12).

DECRETO nº. 13470. *Diário do Governo, Série I.* 77 (1927-04-18).

DECRETO nº. 13700. *Diário do Governo, Série I.* 111 (1927-05-31).

DECRETO nº. 14192. *Diário do Governo, Série I.* 191 (1927-08-31).

DECRETO nº. 14433. *Diário do Governo, Série I.* 230 (1927-10-18).

DECRETO nº. 14498. *Diário do Governo, Série I.* 240 (1927-10-29).

DECRETO nº. 14803. *Diário do Governo, Série I.* 290 (1927-12-30).

DECRETO nº. 14813. *Diário do Governo, Série I.* 1 (1928-01-03).

DECRETO nº. 15342. *Diário do Governo, Série I.* 82 (1928-04-11).

DECRETO nº. 15431. *Diário do Governo, Série I.* 103 (1928-05-07).

DECRETO nº. 15458. *Diário do Governo, Série I.* 107 (1928-05-11).

DECRETO nº. 15497. *Diário do Governo, Série I.* 116 (1928-05-23).

DECRETO nº. 15518. *Diário do Governo, Série I.* 121 (1928-05-29).

DECRETO nº. 15809. *Diário do Governo, Série I.* 175 (1928-08-02).

DECRETO nº. 16142. *Diário do Governo, Série I.* 264 (1928-11-15).

DECRETO nº. 16667. *Diário do Governo, Série I.* 70 - Suplemento (1929-03-27).

DECRETO nº. 17032. *Diário do Governo, Série I.* 143 (1929-06-26).

DECRETO nº. 17636. *Diário do Governo, Série I.* 268 (1929-11-21).

DECRETO nº. 17844. *Diário do Governo, Série I.* 7 (1930-01-09).

DECRETO nº. 18040. *Diário do Governo, Série I.* 52 (1930-03-05).

DECRETO nº. 19217. *Diário do Governo, Série I.* 7 (1931-01-09).

DECRETO nº. 19281. *Diário do Governo, Série I.* 24 (1931-01-29).



DECRETO nº. 19310. *Diário do Governo, Série I.* 30 (1931-02-05).

DECRETO nº. 20285. *Diário do Governo, Série I.* 206, (1931-09-07).

DECRETO nº. 19218. *Diário do Governo, Série I.* 7 (1931-01-09).

DECRETO 20828. *Diário do Governo, Série I.* 23 (1932-01-28).

DECRETO nº. 20944. *Diário do Governo, Série I.* 49 (1932-02-27).

DECRETO nº. 21357. *Diário do Governo, Série I.* 137 (1932-06-14).

DECRETO nº. 21760. *Diário do Governo, Série I.* 249 (1932-10-24).

DECRETO nº. 22241. *Diário do Governo, Série I, Suplemento.* 43 (1933-02-22).

DECRETO nº. 22428. *Diário do Governo, Série I.* 82 (1933-04-10).

DECRETO-LEI nº. 22751. *Diário do Governo, Série I.* 143 (1933-06-28).

DECRETO nº. 22752. *Diário do Governo, Série I.* 143 (1933-06-28).

DECRETO-LEI nº. 22917. *Diário do Governo, Série I.* 171 (1933-07-31).

DECRETO-LEI nº. 23048. *Diário do Governo, Série I.* 217 (1933-09-23).

DECRETO-LEI nº. 23053. *Diário do Governo, Série I.* 217 (1933-09-23).

DECRETO-LEI nº. 23348. *Diário do Governo, Série I.* 284 (1933-12-13).

DECRETO nº. 23422. *Diário do Governo, Série I.* 297 (1933-12-29).

DECRETO-LEI nº. 24046. *Diário do Governo, Série I.* 144 (1934-06-21).

DESPACHO MINISTERIAL. *Diário do Governo, Série I.* 238 (1934-10-10).

DECRETO-LEI nº. 24683. *Diário do Governo, Série I.* 279 (1934-11-27).

ADITAMENTO AO DECRETO-LEI nº. 24683. *Diário do Governo, Série I.* 2 (1935-01-03).

LEI nº. 1884. *Diário do Governo, Série I.* 61 (1935-03-16).

DECRETO-LEI nº. 25352. *Diário do Governo, Série I.* 112 (1935-05-17).

LEI nº. 1916. *Diário do Governo, Série I.* 119 (1935-05-25).

LEI nº. 1920. *Diário do Governo, Série I.* 122 (1935-05-29).

DECRETO nº. 23051. *Diário do Governo, Série I.* 217 (1935-09-23).

DECRETO nº. 25935. *Diário do Governo, Série I.* 237 (1935-10-12).

DECRETO-LEI nº. 25936. *Diário do Governo, Série I.* 237 (1935-10-12).

LEI nº. 1941. *Diário do Governo, Série I.* 84 (1936-04-11).

DECRETO-LEI nº. 27424. *Diário do Governo, Série I.* 306 (1936-12-31).

LEI nº. 1952. *Diário do Governo, Série I.* 57 (1937-03-10).

LEI nº. 1953. *Diário do Governo, Série I.* 58 (1937-03-11).

DECRETO-LEI nº. 27610. *Diário do Governo, Série I.* 75 (1937-04-01).

DECRETO nº. 28321. *Diário do Governo, Série I.* 300 (1937-12-27).

DECRETO- LEI nº. 28493. *Diário do Governo, Série I.* 41 (1938-02-19).

CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I.* 265 (1938-11-15).

CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I.* 272 (1938-11-23).

DECRETO-LEI nº. 29171. *Diário do Governo, Série I.* 273 (1938-11-24).

DECRETO-LEI nº. 30692. *Diário do Governo, Série I, Suplemento.* 199, (1940-08-27).

DECRETO-LEI nº. 30710. *Diário do Governo, Série I.* 201 (1940-08-29).

DECRETO nº. 30711. *Diário do Governo, Série I.* 201 (1940-08-29).

DECRETO-LEI nº. 31095. *Diário do Governo, Série I.* 303 (1940-12-31).

DECRETO-LEI nº. 31345. *Diário do Governo, Série I.* 147 (1941-07-27).

DECRETO-LEI nº. 31666. *Diário do Governo, Série I, 2º Suplemento.* 273, (1941-11-22).

DECRETO-LEI nº. 32171. *Diário do Governo, Série I.* 175 (1942-07-29).

DECRETO-LEI nº. 32192. *Diário do Governo, Série I.* 188 (1942-08-13).

DECRETO-LEI nº. 32241. *Diário do Governo, Série I.* 208 (1942-09-05).

DECRETO-LEI nº. 32255. *Diário do Governo, Série I.* 214 (1942-09-12).

CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I, Suplemento.* 271 (1942-11-23).

DECRETO-LEI nº. 32651. *Diário do Governo, Série I.* 26 (1943-02-02).

DECRETO-LEI nº. 32674. *Diário do Governo, Série I.* 41 (1943-02-20).

AVISO DA D.G.S. *Diário do Governo, Série II.* 120 (1943-05-25).

DECRETO nº. 32946. *Diário do Governo, Série I.* 162 (1943-08-03).

DECRETO-LEI nº. 33512. *Diário do Governo, Série I.* 20 (1944-01-29).

DECRETO-LEI nº. 33549. *Diário do Governo, Série I.* 37 (1944-02-23).

LEI nº. 1998. *Diário do Governo, Série I.* 102 (1944-05-15).

DECRETO-LEI nº. 34420. *Diário do Governo, Série I.* 41 (1945-02-26).

LEI nº. 2006. *Diário do Governo, Série I.* 77 (1945-04-11).

DECRETO nº. 34502. *Diário do Governo, Série I.* 83 (1945-04-18).

DECRETO-LEI nº. 35108. *Diário do Governo, Série I.* 247 (1945-11-07).

DECRETO-LEI nº. 35427. *Diário do Governo, Série I.* 291, (1945-12-31).

LEI nº. 2011. *Diário do Governo, Série I.* 70 (1946-04-02).

DECRETO-LEI nº. 35611. *Diário do Governo, Série I.* 89 (1946-04-25).

DECRETO nº. 35621. *Diário do Governo, Série I.* 93 (1946-04-30).

DECRETO-LEI nº. 35581. *Diário do Governo, Série I.* 73, (1946-05-04).

DECRETO-LEI nº. 36448. *Diário do Governo, Série I.* 176, (1947-01-08).

DECRETO-LEI nº.36219. *Diário do Governo, Série I.* 81 (1947-04-10).  
 DECRETO nº. 36361. *Diário do Governo, Série I.* 140 (1947-06-20).  
 DECRETO nº. 36600. *Diário do Governo, Série I.* 272 (1947-11-22).  
 DECRETO-LEI nº. 36604. *Diário do Governo, Série I.* 273, (1947-11-24).  
 DECRETO-LEI nº. 36744. *Diário do Governo, Série I.* 27 (1948-02-03).  
 DECRETO-LEI nº.37418. *Diário do Governo, Série I.* 105 (1949-05-18).  
 LEI nº. 2036. *Diário do Governo, Série I.* 175 (1949-08-09).  
 CIRCULAR nº. 51/B. *Diário do Governo, Série II.* 190 (1949-08-24).  
 DECRETO-LEI nº. 37643. *Diário do Governo, Série I.* 261 (1949-10-12).  
 CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I.* 251 (1949-11-24).  
 DECRETO-LEI nº. 37627. *Diário do Governo, Série I.* 251 (1949-11-24).  
 PORTARIA nº. 13031. *Diário do Governo, Série I.* 4 (1950-01-05).  
 DECRETO nº. 37762. *Diário do Governo, Série I.* 38 (1950-02-24).  
 LEI nº. 2044. *Diário do Governo, Série I.* 142 (1950-07-20).  
 DECRETO nº. 37930. *Diário do Governo, Série I.* 153 (1950-08-02).  
 DECRETO nº. 38190. *Diário do Governo, Série I.* 43 (1951-03-05).  
 DECRETO-LEI nº. 38490. *Diário do Governo, Série I.* 230 (1951-11-06).  
 DECRETO-LEI nº. 38852. *Diário do Governo, Série I.* 174, (1952-08-08).  
 DECRETO-LEI nº.38884. *Diário do Governo, Série I.* 190 (1952-08-28).  
 DECRETO nº.38885. *Diário do Governo, Série I.* 190 (1952-08-28).  
 DECRETO-LEI nº. 38895. *Diário do Governo, Série I.* 197 (1952-09-05).  
 PORTARIA nº. 14234. *Diário do Governo, Série I.* 12 (1953-01-20).  
 DECRETO-LEI nº. 39306. *Diário do Governo, Série I.* 172 (1953-08-10).  
 RELAÇÃO – CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo, Série I.* 261 (1953-11-24).  
 DECRETO-LEI nº. 39805. *Diário do Governo, Série I.* 196 (1954-09-04).  
 DECRETO-LEI nº. 39806. *Diário do Governo, Série I.* 196 (1954-09-04).  
 DECRETO-LEI nº. 39849. *Diário do Governo, Série I.* 230 (1954-10-15).  
 DECRETO-LEI nº. 39927. *Diário do Governo, Série I.* 263 (1954-11-24).  
 DECRETO-LEI nº. 40365. *Diário do Governo, Série I.* 236 (1955-10-29).  
 DECRETO-LEI nº. 40462. *Diário do Governo, Série I.* 283 (1955-12-27).  
 DECRETO-LEI nº. 40651. *Diário do Governo, Série I.* 127 (1956-06-21).  
 DECRETO-LEI nº. 40690. *Diário do Governo, Série I.* 150 (1956-07-18).  
 DECRETO-LEI nº. 40974. *Diário do Governo, Série I.* 9 (1957-01-11).

DECRETO nº. 41137. *Diário do Governo, Série I.* 128 (1957-06-03).

DECRETO-LEI nº. 41286. *Diário do Governo, Série I.* 215 (1957-09-23).

DECRETO-LEI nº. 41304. *Diário do Governo, Série I.* 222 (1957-10-01).

RESOLUÇÃO DO CONSELHO CORPORATIVO. *Diário do Governo. Série I.* 266 (1957-11-23).

DECRETO nº. 41448. *Diário do Governo, Série I.* 287 (1957-12-18).

PORTARIA nº. 16523. *Diário do Governo, Série I.* 294 (1957-12-27),

DECRETO-LEI nº. 41974. *Diário do Governo. Série I.* 297 (1957-12-31).

DECRETO-LEI nº. 41498. *Diário do Governo, Série I.* 1 (1958-01-02).

DECRETO-LEI nº. 41551. *Diário do Governo, Série I.* 46 (1958-03-06).

DECRETO-LEI nº. 41595. *Diário do Governo, Série I.* 84 (1958-04-23).

DECRETO-LEI nº. 41759. *Diário do Governo. Série I.* 161 (1958-07-25).

DECRETO-LEI nº. 41825. *Diário do Governo, Série I.* 177 (1958-08-13).

DECRETO nº. 41826. *Diário do Governo, Série I.* 178 (1958-08-14).

DECRETO-LEI nº. 41976. *Diário do Governo. Série I.* 257 (1958-11-26).

DECRETO-LEI nº. 17058. *Diário do Governo, Série I.* 54 (1959-03-10).

DECRETO-LEI nº. 42195. *Diário do Governo. Série I.* 69 (1959-03-27).

DECRETO-LEI nº. 42210. *Diário do Governo, Série I.* 83 (1959-04-13).

PORTARIA nº. 17143. *Diário do Governo, Série I.* 470 (1959-04-29).

PORTARIA nº. 17241. *Diário do Governo, Série I.* 144 (1959-06-26).

PORTARIA nº. 17248. *Diário do Governo, Série I.* 148 (1959-07-01).

DECRETO-LEI nº. 42490. *Diário do Governo, Série I.* 203 (1959-09-04).

DECRETO-LEI nº. 42536. *Diário do Governo, Série I.* 233 (1959-09-28).

DECRETO-LEI nº. 42596. *Diário do Governo, Série I.* 240 (1959-10-19).

DECRETO-LEI nº. 42866. *Diário do Governo, Série I.* 51, (1960-03-02).

DECRETO-LEI nº. 42953. *Diário do Governo, Série I.* 98 (1960-04-27).

PORTARIA nº. 17964. *Diário do Governo, Série I.* 222 (1960-09-23).

PORTARIA nº. 17966. *Diário do Governo, Série I.* 222 (1960-09-23).

PORTARIA nº. 17967. *Diário do Governo, Série I.* 222 (1960-09-23).

DECRETO-LEI nº. 43178. *Diário do Governo, Série I.* 222 (1960-09-23).

DECRETO-LEI nº. 43280. *Diário do Governo, Série I.* 252 (1960-10-29).

DECRETO nº. 43388. *Diário do Governo, Série I.* 284 (1960-12-09).

DECRETO nº. 43395. *Diário do Governo, Série I.* 288 (1960-12-14).

PORTARIA nº. 18143. *Diário do Governo, Série I.* 294 (1960-12-21).

LEI nº. 2106. *Diário do Governo, Série I.* 294 (1960-12-21).

DECRETO-LEI nº. 43474. *Diário do Governo, Série I.* 15, (1961-01-18).

PORTARIA nº. 18323. *Diário do Governo, Série I.* 60 (1961-03-14).

DECRETO-LEI nº. 43580. *Diário do Governo, Série I.* 77, (1961-04-03).

PORTARIA nº. 18460. *Diário do Governo, Série I.* 104 (1961-05-04).

DECRETO-LEI nº. 43724. *Diário do Governo, Série I.* 132 (1961-06-07).

PORTARIA nº. 18519. *Diário do Governo, Série I.* 132 (1961-06-07).

DECRETO-LEI nº. 43754. *Diário do Governo, Série I.* 145 (1961-06-24).

DECRETO-LEI nº. 43756. *Diário do Governo, Série I.* 148 (1961-06-28).

DECRETO-LEI nº. 43760. *Diário do Governo, Série I.* 149 (1961-06-29).

DECRETO nº. 43853. *Diário do Governo, Série I.* 185 (1961-08-10).

PORTARIA nº. 18752. *Diário do Governo, Série I.* 227 (1961-09-29).

LEI nº. 2111. *Diário do Governo, Série I.* 294 (1961-12-21).

DECRETO-LEI nº. 44128. *Diário do Governo, Série I.* 299 (1961-12-28).

DECRETO-LEI nº. 44198. *Diário do Governo, Série I.* 38 (1962-02-20).

DECRETO-LEI nº. 44204. *Diário do Governo, Série I.* 40 (1962-02-22).

DECRETO-LEI nº. 44320. *Diário do Governo, Série I.* 97 (1962-04-03).

DECRETO-LEI nº. 44307. *Diário do Governo, Série I.* 95, (1962-04-27).

PORTARIA nº. 19221. *Diário do Governo, Série I.* 128 (1962-06-05).

LEI nº. 2115. *Diário do Governo, Série I.* 138 (1962-06-18).

DECRETO-LEI nº. 44439. *Diário do Governo, Série I.* 148 (1962-06-30).

DECRETO-LEI nº. 44450. *Diário do Governo, Série I.* 151 (1962-07-04).

DECRETO nº. 44753. *Diário do Governo, Série I.* 278 (1962-12-04).

DECRETO nº. 44756. *Diário do Governo, Série I.* 278 (1962-12-04).

LEI nº. 2118. *Diário do Governo, Série I.* 79 (1963-04-03).

DECRETO-LEI nº. 45002. *Diário do Governo, Série I.* 100 (1963-04-27).

LEI nº. 2120. *Diário do Governo, Série I.* 169 (1963-07-19).

DECRETO nº. 45266. *Diário do Governo, Série I.* 215 (1963-09-23).

DECRETO nº. 45306. *Diário do Governo, Série I.* 242 (1963-10-15).

DECRETO nº. 45307. *Diário do Governo, Série I.* 242 (1963-10-15).

DECRETO nº. 45379. *Diário do Governo, Série I.* 275 (1963-11-23).

DECRETO nº. 45380. *Diário do Governo, Série I.* 275 (1963-11-23).

PORTARIA nº. 20371. *Diário do Governo, Série I.* 38 (1964-02-14).

DECRETO-LEI nº. 45688. *Diário do Governo, Série I.* 100 (1964-04-27).  
PORTARIA nº. 20585. *Diário do Governo, Série I.* 144 (1964-05-13).  
DECRETO-LEI nº. 45973. *Diário do Governo, Série I.* 244 (1964-10-17).  
DECRETO-LEI nº. 46069. *Diário do Governo, Série I.* 287 (1964-12-09).  
DECRETO-LEI nº. 46102. *Diário do Governo, Série I.* 299 (1964-12-23).  
PORTARIA nº. 21161. *Diário do Governo, Série I.* 58 (1965-03-10).  
LEI nº. 2125. *Diário do Governo, Série I.* 67 (1965-03-02).  
DECRETO-LEI nº. 46277. *Diário do Governo, Série I.* 83 (1965-04-16).  
PORTARIA nº. 21249. *Diário do Governo, Série I.* 92 (1965-04-27).  
PORTARIA nº. 21250. *Diário do Governo, Série I.* 92 (1965-07-24).  
DECRETO-LEI nº. 46306. *Diário do Governo, Série I.* 92 (1965-04-27).  
DECRETO-LEI nº. 46310. *Diário do Governo, Série I.* 92 (1965-04-27).  
DECRETO-LEI nº. 46301. *Diário do Governo, Série I.* 92 (1965-04-27).  
DECRETO-LEI nº. 46308. *Diário do Governo, Série I.* 92 (1965-04-27).  
PORTARIA nº. 21371. *Diário do Governo, Série I.* 145 (1965-07-02).  
DECRETO-LEI nº. 46533. *Diário do Governo, Série I.* 204 (1965-09-09).  
PORTARIA nº. 21544. *Diário do Governo, Série I.* 215 (1965-09-22).  
DECRETO nº. 46548. *Diário do Governo, Série I.* 216 (1965-09-23).  
DECRETO-LEI nº. 46621. *Diário do Governo, Série I.* 244 (1965-10-27).  
DECRETO-LEI nº. 46628. *Diário do Governo, Série I.* 244 (1965-11-05).  
DECRETO-LEI nº. 46668. *Diário do Governo, Série I.* 267 (1965-11-24).  
DECRETO-LEI nº. 46698. *Diário do Governo, Série I.* 275 (1965-12-04).  
DECRETO-LEI nº. 21729. *Diário do Governo, Série I.* 285 (1965-12-17).  
DECRETO nº. 47102. *Diário do Governo, Série I.* 164 (1966-07-16).  
DECRETO nº. 47214. *Diário do Governo, Série I.* 222 (1966-09-23).  
DECRETO-LEI nº. 47344. *Diário do Governo, Série I.* 247 (1966-11-25).  
DECRETO-LEI nº. 47677. *Diário do Governo, Série I.* 107 (1967-05-05).  
DECRETO-LEI nº. 48166. *Diário do Governo, Série I.* 299, (1967-12-27).  
DECRETO-LEI nº. 48357. *Diário do Governo, Série I.* 101 (1968-04-27).  
DECRETO-LEI nº. 48359. *Diário do Governo, Série I.* 101 (1968-04-27).  
DECRETO nº. 48358. *Diário do Governo, Série I.* 101 (1968-04-27).  
DECRETO nº. 48547. *Diário do Governo, Série I.* 202 (1968-08-27).

**1.5.2. Câmara Corporativa [Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional / Actas da Câmara Corporativa]**

2ª Reunião Preparatória, em 29 de Novembro. *Actas da Câmara Corporativa*. 2 (1965-11-30).

PARECER 2/I: INSTITUIÇÕES DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 9 (1935-02-06).

PARECER 31/I: CRIAÇÃO DE CURSOS DE PUERICULTURA E DE HIGIENE GERAL. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 35 (1935-03-27).

PARECER 49/I: CORRECÇÃO DAS AMETROPIAS DOS ALUNOS DOS LICEUS. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 42 (1935-04-05).

PARECER 89/I: CASAS DOS PESCADORES. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 100S (1937-01-11).

PARECER 9/III: ESTATUTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 39 (1944-02-25).

PARECER 2/IV: ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 17 (1946-01-18).

PARECER 35/IV: LUTA CONTRA AS DOENÇAS CONTAGIOSAS. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 188S (1949-04-09).

PARECER 4/V: LUTA CONTRA A TUBERCULOSE. *Suplemento do Diário das Sessões da Assembleia Nacional*. 41 (1950-04-01).

PARECER 8/VI: RESPONSABILIDADE PELOS ENCARGOS EM MATÉRIA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. *Actas da Câmara Corporativa*. 13 (1954-03-24).

PARECER nº. 37/VI: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE INSTITUTOS DE SERVIÇO SOCIAL. *Actas da Câmara Corporativa*. 83 (1956-03-31).

PARECER nº. 40/VII: PERÍODOS DE EVICÇÃO ESCOLAR POR VIRTUDE DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS. *Actas da Câmara Corporativa*. 129 (1961-04-11).

PARECER nº. 42/VII: ESTATUTO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA. *Actas da Câmara Corporativa*. 133 (1961-05-24).

ACÓRDÃO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PODERES – ACÓRDÃO nº. 1/VIII. *Actas da Câmara Corporativa*. 2 (1961-11-28).

PARECER nº. 5/VIII: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Actas da Câmara Corporativa*. 27 (1962-11-26).

PARECER 8/VIII: SAÚDE MENTAL. *Actas da Câmara Corporativa*. 31 (1962-12-12).

PARECER nº. 17/VIII: PLANO INTERCALAR DE FOMENTO PARA 1965-1967. *Actas da Câmara Corporativa*. 82 (1964-11-17).

PARECER nº. 9/IX: PROJECTO DO III PLANO DE FOMENTO PARA 1968-1973 – CONTINENTE E ILHAS – ANEXO XIII - SAÚDE. *Actas da Câmara Corporativa*. 77 (1967-11-02).

## **1.6. Publicações Periódicas:**

### **1.6.1. *Boletim da Assistência Social* [1943-1966/Biblioteca Nacional]**

194.000 Contos para a assistência em 1948. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 50/52, Abril/Junho, 1947, p. 125.

50.000 contos para os hospitais de Lisboa. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.50/52, Abril/Junho, 1947, p.123.

27 de Abril de 1953: O Chefe de Estado Inaugurou Solenemente o Gigantesco Hospital. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p. 125.

A XX Semana da tuberculose. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 86/88, Abril/Junho, 1950, p. 79.

A Assistência Hospitalar. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.59/61, Janeiro/Março, 1948, p.101.

A Criação de Postos de Medicamentos de Urgência nos Meios Rurais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 101/106, Julho a Dezembro, 1951, p. 301.



A exposição do material sanitário adquirido no estrangeiro pela Direcção Geral de Saúde foi inaugurada pelos senhores ministro do Interior e subsecretário de Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.62/64, Abril/Junho, 1948, p.100.

A Luta Contra a Tuberculose. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho, 1962, p. 56-59.

A Posse do Enfermeiro-Mor. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 59/61, Janeiro/Março, 1948, p. 145.

A Posse do Novo Subsecretário de Estado da Assistência Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.115 /116, Janeiro/Junho, 1954, p. 225-237.

A ressurreição das Misericórdias em Portugal. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 83/85, Janeiro/Março, 1950, p. 88.

Alto Cargos do Ministério da Saúde e Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 157/158, Janeiro/Dezembro, 1965, p. 78.

Conselheiro Doutor Pires da Cruz. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 133/134, Julho/Dezembro, 1958, p. 267.

DESPACHO (1960-01-05). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 139/140, Janeiro a Junho, 1960, p. 213.

Dr. Guilherme Possolo: A sua Aposentação. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 111/112, Janeiro/Junho, 1953, p. 127.

Doutor Pires da Cruz: Novo Subsecretário de Estado da Assistência Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.129 /130, Julho/Dezembro, 1957, p. 212-218.

Foi inaugurado o novo e imponente bloco hospitalar do I.P.O. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.62/64, Abril/Junho, 1948, p.101.

Hospitais Cíveis de Lisboa. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111/112, Janeiro/Junho, 1953, p.87.

Hospitais: como se pôs em marcha, com método e segurança, um plano geral de renovação em todo o país. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.71/73, Janeiro/Março, 1949, p.134.

In Memoriam: Dr. Joaquim Diniz da Fonseca. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 133/134, Julho/Dezembro, 1958, p. 223.

Missão de Estudo ao IX Congresso Internacional dos Hospitais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.127 /128, Janeiro/Junho, 1957, p. 87.

Na Figueira da Foz: Inauguração da primeira Casa da Mãe, obra integrada no programa do Instituto Maternal. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 56/58, Outubro/Dezembro, 1947, p. 45.

No Hospital de Santo António dos Capuchos: Um bloco operatório modelar. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.83/85, Janeiro/Março, 1950, p.132

Novo Compromisso das Misericórdias. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 65/67, 68/70 Julho/Setembro, Outubro/Dezembro, 1948, p.130.

Novo Subsecretário de Estado da Assistência: Dr. Alberto Ribeiro Queiroz. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 95/100, Janeiro/Junho, 1951, p. 9-11.

O II Curso Internacional de Medicina e Cirurgia de Urgência: “Vivemos num período intenso de renovação de métodos, sistemas e instalações hospitalares”. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.56/58, Outubro/Dezembro, 1947, p.101.

O X Congresso Internacional dos Hospitais. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 127/128, Janeiro/Junho, 1957, p.123.

O Discurso de Sua Excelência o Ministro da Saúde e da Assistência no Congresso das Misericórdias. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 133/134, Julho/Dezembro, 1958, p. 131

O Estudo do Problema Hospitalar. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 17-19, Julho a Setembro, 1944, p. 121.

O Fundo de Socorro Social: Sua Actividade em 1961. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*, Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Julho, 1962, p. 145.

O Hospital Escolar de Lisboa: A Solução dum Grande Problema Nacional. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p. 121.

O intercâmbio médico luso-espanhol: conferência do Prof. Bosch Marin. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 86/88, Abril/Junho, 1950, p. 101.

O Ministério da Saúde e Assistência: De sua Orgânica e Orientação. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.135 /136, Janeiro/Junho, 1959, p. 187.

O novo edifício destinado ao serviço de transfusões de sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa foi inaugurado por membros do governo. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.62/64, Abril/Junho, 1948, p.104.

O Novo Subsecretário de Estado da Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.127 /128, Janeiro/Junho, 1957, p. 212.

O Presidente do Conselho visitou o novo Hospital. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p. 127.

O sistema português de assistência social apreciado por Lorde Forrester. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 65/67, 68/70, Julho/Setembro, Outubro/Dezembro, 1948, p. 121.

O Sr. Dr. Neto de Carvalho – Novo Ministro da Saúde e Assistência. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 151/152, Janeiro/Junho, 1963, p. 123.

O Subsecretário da Assistência responde às considerações do Professor Pulido Valente. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 71/73, Janeiro/Março, 1949, p. 123.

Palavras do Senhor Presidente do Conselho na Sessão Inaugural da X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.8/9, Outubro/Novembro, 1943, p.323.

Podemos encarar com confiança e optimismo o futuro da saúde pública em Portugal. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 62/64, Abril/Junho, 1948, p. 145.

Política Hospitalar. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.155 /156, Janeiro/Dezembro, 1964, p. 243-244.

Política Hospitalar II. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 157/158, Janeiro/Dezembro 1965, p. 43.

Portugal no Estrangeiro. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 65/67, 68/70, Julho/Setembro, Outubro/Dezembro, 1948, p. 130.

Portugal terá em breve mais 62 hospitais remodelados ou novos. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.83/85, Janeiro/Março, 1950, p.152.

Relatório da Comissão Nacional de Socorros às Vítimas do Ciclone. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 14, Abril 1944, p.101.

Relatório do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos: 1954. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 121/122, Julho/Dezembro 1955, p. 339.

Semana da Tuberculose: Serviço Gratuito de Radiografia. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 117/118, Julho/Dezembro 1954, p. 13-26.

Semana da Tuberculose/Serviços de B.C.G. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 101-106, Julho a Dezembro 1951, p. 23.

Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.83 /85, Janeiro/Março, 1950, p.135

Socorro Social: Relatório relativo à gerência de 1951. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 107/110, Janeiro/Dezembro, 1952, p.132

Socorro Social: Relatório de gerência de 1953. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 115/116, Janeiro/Junho, 1954, p.254

Socorro Social: Relatório de gerência de 1957. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 135/136, Janeiro/Junho, 1959, p.256.

Socorro Social: Relatório de gerência de 1959. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 139/140, Janeiro/Junho, 1960, p.321.

Socorro Social: Relatório de gerência de 1961. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho, 1962, p.354.

Socorro Social: Relatório de gerência de 1963. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 155/156, Janeiro/Dezembro, 1964, p. 355.

Subsídios de comparticipação concedidos às organizações oficiais de assistência para o ano de 1959. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 135/136, Janeiro/Julho, 1959, p. 132.

Um Notável Discurso do Senhor Ministro do Interior. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 111/112, Janeiro/Junho, 1953, p. 65.

Vacinação gratuita contra a tuberculose. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 83/85, Janeiro/Março, 1950, p. 56.

Viagem de Estudo na Itália, organizada pela Federação Internacional dos Hospitais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.119 /120, Janeiro/Junho, 1955, p. 244.

Visita do Ministro da Saúde e Assistência ao Brasil. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 137/138, Julho/Dezembro, 1959, p. 121.

Valor e Atribuição das Misericórdias Actuais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 4/5, Junho/Julho, 1943, p. 208

ÁLVARES, Hipólito – O I Congresso Hospitalar Internacional do Após Guerra: Relatório duma Missão. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 80/82, Outubro/Dezembro, 1949, p. 278-297.

AMARAL, Manuel de Almeida – Viagem de Estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.56 /58, Outubro/Dezembro, 1947, p.223.

BARRETO, Fernando Bissaya – Assistência Nacional aos Leprosos: Assistência às Famílias Necessitadas. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 50/52, Abril/Junho, 1947, p. 145.

BARROS, Eduardo Correia de – Seguro contra a doença dos trabalhadores portugueses. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 35/36, Janeiro/Fevereiro, 1946, p.359.

BASTO, Pedro de Magalhães – Hospital-Colónia Rovisco Pais: Principais Actividades Clínicas durante o ano de 1957. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 131/132, Janeiro/Junho, 1958, p. 221.

- CARVALHO DIAS – Centros de Saúde Rurais: Resultados de Algumas Experiências. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 13, Março, 1944, p. 13-26.
- CORREIA, Fernando da Silva – O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 127/128, Janeiro/Junho, 1956, p. 68.
- CORREIA, Joaquim Paiva – O Primeiro Banco Psiquiátrico em Portugal. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho, 1962, p. 87.
- DINIZ DA FONSECA, Carlos – Da Organização Hospitalar do País. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 111/112, Janeiro/Junho, 1953, p. 49.
- IDEM - CIRCULAR nº. 83/1–A. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.107 /110, Janeiro/Dezembro, 1952, p. 243-244.
- IDEM - CIRCULAR nº. 18/1–B. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.107 /110, Janeiro/Dezembro, 1952, p. 252-254.
- DINIZ DA FONSECA, Joaquim – As Misericórdias Portuguesas: Sua Origem e Possível Reforma. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 4/5, Junho/Julho, 1943, p.147.
- DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. C-55/62 – 1A. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.149 /150, Julho/Dezembro, 1962, p. 257.
- IDEM – CIRCULAR nº. C-42/62-1 A. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.149 /150, Junho/Dezembro, 1962, p. 265.
- IDEM – CIRCULAR nº. C-11/62 – 2B (1962-01-26). In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho, 1962, p.212.

- IDEM – CIRCULAR nº. 387/1 A (1961-06-02). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.143 /144, Janeiro/Junho, 1961, p. 214.
- IDEM – CIRCULAR nº. 372/1 A (1961-04-25). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.143 /144, Janeiro/Junho, 1961, p. 212.
- IDEM - CIRCULAR nº. 85/1–B. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.139 /140, Janeiro/Dezembro, 1960, p. 245.
- IDEM – CIRCULAR nº. 311/1 A (1960-08-25). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 141/142, p. 123.
- IDEM – CIRCULAR nº. 314/1 A (1960-09-20). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.141 /142, Junho/Dezembro, 1960, p. 199.
- IDEM – CIRCULAR nº. 328/1 A (1960-11-09). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.141 /142, Junho/Dezembro, 1960, p. 206.
- IDEM - CIRCULAR (1960-01-19). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.139 /140, Janeiro/Junho, 1960, p. 232.
- IDEM – OFÍCIO-CIRCULAR nº. 102/2 B (1959-10-21). In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 137/138, Julho/Dezembro, 1959, p.354.
- IDEM - CIRCULAR nº. 54/1–B. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.131 /132, Janeiro/Junho, 1958, p. 244.
- IDEM - CIRCULAR nº. 56/1–B. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.133 /134, Julho/Dezembro, 1958, p. 212-214.
- IDEM – CIRCULAR nº. 70/1-B (1959-07-29). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 193.



- IDEM - CIRCULAR nº. 58/1-B (1958-07-23). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.133 /134, Julho/Dezembro, 1958, p. 132-134.
- FERREIRA, Coriolano – Memória: Acerca do Regulamento-Tipo dos Hospitais Regionais, elaborado em obediência ao despacho de 1 de Abril de 1960. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.145 /146, Julho/Dezembro, 1961, p. 30-31.
- IDEM - Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa: Informação. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 189-200.
- IDEM – Assistência, Previdência e Segurança Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 131/132, 1958, p. 125.
- HOMEM, Francisco Fernandes – Normas positivas em trabalhos de puericultura. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 29-30, Julho/ Agosto, 1945, p. 237.
- INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA – Medidas a Favor da Família em Portugal. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 147/148, Janeiro/Junho, 1962, p. 102.
- LOBO DA COSTA, A. – Saúde, Assistência e Previdência Social. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.143/144, Janeiro/Junho, 1961, p.49.
- MARQUES, António Pereira – O Espírito e a Técnica da Assistência Materno-Infantil. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 25/26, Março/Abril 1945, p. 212.
- MARTINS DE CARVALHO, Henrique – Mais e melhor: Em defesa da Grei: Um Apelo. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 139/140, Janeiro/Junho, 1960, p. 89-98.

- MELO E CASTRO, José Guilherme de – A Acção Assistencial e a Reforma da Misericórdia de Lisboa. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 131/132, Janeiro/Junho, 1958, p. 211.
- MENDONÇA, Joaquim Lemos de – A Luta contra a Tuberculose: Breves Considerações. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.129/130, Julho/Dezembro, 1957, p. 416.
- MILLER GUERRA, João Pedro – A Política de Saúde. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 133/134, Julho/Dezembro, 1958, p. 323-331.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA - DESPACHO (1959-11-03). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 132.
- MONTARGIL, Elísio – Organização e Funcionamento das Consultas de Dispensários Maternais: Notas Práticas. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 7, Setembro, 1943, p. 295.
- NEVES, Jorge Baeta – V Reunião da Federação Mundial para a Saúde Mental: Relatório do Delegado Português. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.111 /112, Janeiro/Junho, 1953, p.47.
- PAÚL, António da Silva – A Estomatologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia vistas sob o aspecto sanitário: Relatório da missão desempenhada na Suécia, Bélgica, França e Espanha. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 53/55, Julho/Setembro, 1947, p. 125.
- PINHO, Bernardino – Defesa Sanitária: Princípios, Realizações e Efeitos. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 107/110, Janeiro/Dezembro, 1952, p. 27.
- PINTO, Américo Cortez – O papel da Saúde Escolar na medicina preventiva e educação higiénica da adolescência. Sua articulação com a Saúde Pública. In

- SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 17/19, Julho a Setembro, 1944, p. 284-293.
- PINTO, João Manuel Cortez – A Previdência e a Assistência: Subsídios para o Estudo da Sua Coordenação. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 92/94, Outubro/Dezembro, 1950, p. 393.
- PORTO, João – A Organização Hospitalar Portuguesa. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 127/128, Janeiro/Junho, 1957, p.132.
- POSSOLO, Guilherme – Circular da Direcção Geral de Assistência aos Governadores Cíveis – Cortejo de Oferendas – 4 Maio 1946. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 47/49, Janeiro/Março, 1947, p.121.
- IDEM – Circular da Direcção Geral de Assistência ao Presidente da Comissão Municipal de Assistência – 17 de Julho 1946. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 47/49, Janeiro/Março, 1947, p.122.
- IDEM - À Margem. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.37/40, Março/Junho, 1946, p.121.
- PRAZERES, Angelo Caldeira - Problemas da assistência e da saúde pública: tendências e perspectivas actuais. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº. 71/73, Janeiro/Março, 1949, p. 23.
- PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA – PARECER ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA – ENCARGOS DE HOSPITALIZAÇÃO (1962-06-09). In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.149 /150, Julho/Dezembro, 1962, p. 251.
- IDEM – PARECER SOBRE RESPONSABILIDADE DAS CÂMARAS MUNICIPAIS PELO TRATAMENTO DOS DOENTES POBRES E INDIGENTES. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência*

*Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.141 /142, Julho/Dezembro, 1960, p. 167.

IDEM – PARECER SOBRE ENCARGOS DOS MUNICÍPIOS PELO TRATAMENTO DOS DOENTES POBRES E INDIGENTES. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 135.

IDEM – PARECER SOBRE INTERNAMENTOS DE URGÊNCIA EM HOSPITAIS: SUAS COMUNICAÇÕES ÀS CÂMARAS MUNICIPAIS RESPONSÁVEIS. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.137 /138, Julho/Dezembro, 1959, p. 137.

VAN ZELLER, Maria Luísa – Assistência Materno-Infantil em Portugal: Princípios e Realizações. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. Casa Portuguesa, nº. 107/110, Janeiro/Dezembro, 1952, p. 91

VIEIRA, Luís da Conceição Carvalho – A Contribuição da Medicina Escolar para a Defesa da Saúde Pública. In SUBSECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim da Assistência Social*. Lisboa: Tip. A Casa Portuguesa, nº.23, Janeiro, 1945, p. 321.

#### **1.6.2. Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência [1966-1971/A.G.E.P.]**

Associação para o planeamento da família. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 7 (Julho-Setembro 1967), p. 123.

Conclusões apresentadas pela secção de saúde e assistência ao IV Colóquio Nacional do Trabalho. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, nº. 4 (outubro-dezembro 1966), p. 123.

Despesas em saúde: comparações internacionais. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 17 (Janeiro-Março 1970), p. 140-143.

- Serviços de utilização comum dos hospitais (SUCH). In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 7 (Julho-Setembro 1967), p. 124-125.
- BRUTO DA COSTA, Alfredo – Os investimentos sociais nos esquemas de desenvolvimento. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, nº. 6 (Abril-Junho 1967), p. 8.
- GIRALDES, Maria do Rosário – O sistema português de previdência à luz da reforma de 1962. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, nº. 6 (Abril-Junho 1967), p. 122.
- GOMES, João Veiga - Segurança social, previdência e assistência. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, nº. 8 (Outubro-Dezembro) 1967, p. 5-21.
- J.M.C.S. – O Estatuto Hospitalar. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, nº. 12 (Outubro-Dezembro 1968), p. 123.
- LOPES, Maria Helena Pessoa – Evolução do nível sanitário português no contexto europeu (1960-1967). In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, 13 (Janeiro-Março 1969), p. 111.
- IDEM – Mortalidade infantil e nível socio-económico. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 11 (Julho-Setembro 1968), p. 55-73.
- MIRANDA, Jorge - Notas para um conceito de assistência social. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, nº. 12 (Outubro-Dezembro) 1968, p. 62.
- M.M.S. – Carta encíclica: «A vida humana». In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, 11 (Julho-Setembro 1968), p. 138-140.
- IDEM – A encíclica sobre o desenvolvimento dos povos. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA - *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, nº. 6 (abril-junho) 1967, p. 115.

OLIVEIRA, Maria Isabel Roque de – Gastos públicos com saúde e assistência. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, nº. 10 (Abril-Junho 1968), p. 45.

IDEM – Gastos públicos com saúde e assistência (1964/68). In MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA – *Informação Social: Boletim do Ministério da Saúde e da Assistência*, nº. 18 (Abril-Junho 1970), p. 105.

### **1.6.3. Revista *Hospitais Portugueses* [1948-1968/Biblioteca Nacional]**

A Jeira de Deus. In FERREIRA, Coriolano; LOPES, M. Ramos [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano VIII, nº. 48-49, Fevereiro-Março 1956, p. 3.

A palavra do ministro cessante. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, nº. 125-126, Novembro-Dezembro, 1962, p. 8.

A palavra do novo ministro. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, nº. 125-126, Novembro-Dezembro, 1962, p. 7-8.

A palavra do novo ministro. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XV, nº. 137-138, Novembro-Dezembro, 1963, p. 9-11.

As dívidas das câmaras. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XVI, nº. 150, Dezembro, 1964, p. 2-3.

Amadeu Lobo da Costa. In FERREIRA, Coriolano [dir.] - *Hospitais Portugueses*. Ano III, nº8, Janeiro/Março, 1950, p. 43.

Grupo Itinerante da Organização Mundial de Saúde: Sua visita ao nosso país. In FERREIRA, Coriolano [dir.] - *Hospitais Portugueses*. Ano X, 71, Maio 1958, p. 23.

Editorial. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, nº. 125-126, Novembro-Dezembro, 1962, p. 2.

Evolução. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, nº. 116-117, Fevereiro-Março, 1962, p. 63.

Exame de Consciência. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 91, Janeiro, 1960, p. 33.

Hospital de São João. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XI, nº. 85-86, Julho-Agosto, 1959, p. 3.

Meditações. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 106-107, Abril-Maio, 1961, p.28.

Ministério da Saúde e Assistência. In FERREIRA, Coriolano; LOPES, M. Ramos [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano X, nº. 74-75, Agosto-Setembro, 1958, p. 25.

Normas de vacinação. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XVI, nº. 158-159-160, Agosto-Setembro-Outubro, 1965, p. 58-59.

Novas esperanças. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XV, nº. 137-138, Novembro-Dezembro, 1963, p. 9.

O acordo entre a Federação e as Casas do Povo. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*, nº. 69-70 (Março-Abril 1958), p.26-28.

O dia-a-dia do Ministério, In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIII, nº. 110-111, Agosto-Setembro, 1961, p. 71.

O dia-a-dia do Ministério. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 95, Maio, 1960, p. 38.

O dia-a-dia do Ministério. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 94, Abril, 1960, p. 32.

O dia-a-dia do Ministério. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 92-93, Fevereiro-Março, 1960, p. 32.

O Dr. Neto de Carvalho agraciado pelo chefe de Estado. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIX, nº. 175, Janeiro, 1967, p. 23.

O serviço nacional de saúde na Grã-Bretanha. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 98, Agosto, 1960, p. 27-28.

Política Hospitalar. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XVI, nº. 158-159-160, Agosto, Setembro, Outubro, 1965, p. 7-8.

Portugal na XIII Assembleia Mundial de Saúde. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 98, Agosto, 1960, p. 37-38.

Quem quer vai! In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 95, Maio, 1960, p. 37.

Subsídios e outras coisas mais... In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XII, nº. 92-93, Fevereiro-Março, 1960, p.37.

FERREIRA, Coriolano – Organização da Assistência em Portugal. In FERREIRA, Coriolano; LOPES, M. Ramos [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano IX, nº. 61-62, Maio-Junho 1967, p. 21-27.

IDEM – Actividade da Direcção-Geral dos Hospitais em 1961. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIV, nº. 118, Abril, 1962, p. 8.

IDEM – A Direcção-Geral dos Hospitais: sua justificação e sua organização. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XIII, nº. 113-114, Novembro-Dezembro, 1961, p. 7-9.

IDEM – Assistência Social Portuguesa: Apontamentos sobre a sua História, seus Princípios e sua Organização. In FERREIRA, Coriolano [dir.] – *Hospitais Portugueses*. Ano XI, nº. 72-73, Fevereiro-Março, 1957, p. 11-12.

IDEM – Princípios e Fins desta Revista. In FERREIRA, Coriolano [dir.] - *Hospitais Portugueses*. Ano I, nº.1, Julho/Setembro, 1948, p. 7.

IDEM – Ministério da Assistência. In FERREIRA, Coriolano [dir.] - *Hospitais Portugueses*. Ano I, nº.1, Julho/Setembro, 1948, p. 27.

#### **1.6.4. *Boletim dos Serviços de Saúde Pública* [1954-1966/Hemeroteca Municipal de Lisboa]**

1ª Reunião Luso-Espanhola sobre problemas de saúde e assistência. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. VII, nº. 4, Outubro/Dezembro 1960, p. 480-488.

Curso Internacional de Leprologia. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. VII, nº. 3, Julho/Setembro 1960, p. 1.

Ministério da Saúde e Assistência. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. V, nº. 3, Julho/Setembro 1958, p.262.

Palavras proferidas por Sua Excelência o Ministro da Saúde e Assistência, no acto de transmissão de poderes realizado em 14 de Agosto de 1958. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. V, nº. 3, Julho/Setembro 1958, p.265-266.

Portugal na XII Assembleia Mundial de Saúde, da O.M.S., em Genebra. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Vol. VI, nº. 2, Abril/Junho 1959, p. 163-166.



- CAEIRO, Fernando de Melo - A organização dos serviços de saúde na Jugoslávia. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. XII, 1965, p. 121-128.
- IDEM – Zona de demonstração de saúde pública da Thessália. In MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA – *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Vol. XII, 1965, p. 130-134.
- CAYOLLA DA MOTTA, L. – Vacinações. In *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, nº.2, vol. II, Abril/Junho, 1955, p. 77-87.
- PINHO, Bernardino de - Organizações Internacionais: Notas e Comentários. In *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, nº.1, 1954, p. 32-36.
- VIEIRA, João Vaz – Um problema nacional: a mortalidade infantil. In SUBSECRETARIADO DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Boletim dos serviços de saúde pública*. Vol. IV, nº. II. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, Abril-Junho 1957, p. 189-244.

**1.6.5. *Boletim de Informação dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* [1958-1972/ Hemeroteca Municipal de Lisboa]**

- Integração dos serviços médico-sociais nas caixas de previdência. In SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS DA FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de Informação*. Ano XX, nº. Julho/Setembro 1968, p. 111-113.
- SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *Boletim de informação*. Ano [X-XX], [1958-1967].

**1.6.6. Jornal *Avante!* [1931-1974/ P.C.P./G.E.S. – Gabinete de Estudos Sociais do P.C.P.]**

40 Anos de Fascismo! 24 Anos de Previdência e Roubo aos Trabalhadores! In *Avante*. VI Sérieº, nº. 365 (Março-Abril de 1966), p. 1-2.

50 Doentes a Dormir no Chão. In *Avante*. VI série, nº. 229 (2ª quinzena de Fevereiro de 1957), p. 2.

A Burla da Assistência Hospitalar. In *Avante*. VI série, nº. 205 (Outubro de 1955), p. 3.

A Burla das Caixas de Previdência: Desmascaremos a política salazarista de falsa assistência. In *Avante*. VI série, nº. 142 (1ª quinzena de Novembro de 1949), p. 2.

A Burla da Previdência Desmascarada por um Membro da “União Nacional”. In *Avante*. VI série, nº. 219 (2ª quinzena de Agosto 1956), p. 2.

A Camarilha Salazarista Saqueia os Dinheiros da Previdência e do Fundo de Desemprego. In *Avante*. VI série, nº. 179 (Agosto de 1953), p. 6.

A Falta de Assistência aos Tuberculosos. In *Avante*. VI série, nº. 223 (2ª quinzena de Outubro de 1956), p. 2.

A mentira da previdência salazarista: Os roubos e as negociatas escandalosas continuam. In *Avante*. VI série, nº. 127 (2ª quinzena de Novembro de 1948), p. 1-2.

A Obra de Assistência do “Estado Novo”. In *Avante*. VI série, nº. 9 (Abril de 1942), p. 2, 6.

A Previdência ao Serviço dos Monopólios. In *Avante*. VI série, nº. 295 (Novembro de 1960), p. 6.

A ”protecção” à família. In *Avante*. VI série, nº. 14 (1ª quinzena de Agosto de 1942), p. 3.

A Troca de Crianças no Hospital do Rego. In *Avante*. VI série, nº. 67 (3ª Semana de Janeiro de 1947), p. 2.

Assassinos!: Tentativa para matar à fome os doentes do hospital. In *Avante*. VI série, nº. 171 (Outubro de 1952), p. 3.

Assistência Hospitalar Fascista. In *Avante*. VI série, nº. 201 (Junho de 1955), p. 1.

Como as Casas do Povo assistem aos camponeses. In *Avante*. VI série, nº. 45 (Dezembro de 1943), p. 5.

Como o “Estado Novo” resolve o problema da tuberculose infantil. In *Avante*. VI série, nº. 25 (2ª quinzena de Janeiro de 1943), p. 2.

Como o regime fascista protege a saúde do povo. In *Avante*. VI série, nº. 124 (1ª quinzena de Outubro de 1948), p. 2.

Comprimem as despesas com a saúde pública...para alimentarem as destinadas ao rearmamento. In *Avante*. VI série, nº. 142 (1ª quinzena de Novembro de 1949), p. 1.

Contra a Burla da Previdência. In *Avante*. VI série, nº. 161, (Setembro de 1951), p. 2.

Dois Mundos: Os Serviços de Saúde na U.R.S.S. e em Portugal. In *Avante*. VI série, nº. 324 (Dezembro de 1962), p. 4.

Em Defesa da Saúde e Vida do Povo! In *Avante*. VI série, nº. 179 (Agosto de 1953), p. 3.

Falam os Números: A Falta de Assistência à Maternidade e à Infância em Portugal. In *Avante*. VI série, nº. 292 (Agosto de 1960), p. 5.

Mais um roubo escandaloso!: O Governo assalta as caixas de previdência. In *Avante*. VI série, nº. 93 (2ª quinzena de Agosto de 1946), p. 1.

Manifestações no Porto: Os Trabalhadores da Carris contra dos Abusos da Previdência. In *Avante*. VI Sérieº, nº. 328 (Abril de 1963), p. 3.

O Dinheiro Roubado através da Previdência deve Voltar à Posse dos Trabalhadores. In *Avante*. VI série, nº. 199 (Maio 1955), p. 2.

O Professor Cid dos Santos foi punido pelo Ministro da Saúde. In *Avante*. VI série, nº. 371 (Outubro de 1966), p. 6.

O Salazarismo Recusa a Assistência às Classes Pobres. In *Avante*. VI série, nº. 185 (Fevereiro de 1954), p. 2.

Os Roubos da Previdência: Enriquecem à Custa da Saúde e da Vida dos Operários. In *Avante*. VI série, nº. 328 (Abril de 1963), p. 3.

Os salazaristas roubam os fundos da providência. In *Avante*. VI série, nº. 169 (Julho de 1952), p. 2.

Os trabalhadores devem exigir administração operária para as caixas de previdência. In *Avante*. VI série, nº. 137 (Junho de 1949), p. 1-2.

Para onde vai o fundo das caixas de previdência. In *Avante*. VI série, nº. 115 (2ª quinzena de Fevereiro de 1948), p. 1-2.

Pela dissolução da Federação das Caixas de Previdência: Reivindiquemos as direcções das Caixas para os trabalhadores. In *Avante*. VI série, nº. 151 (Setembro de 1950), p. 1-2.

Querem Negociar com a Saúde do Povo. In *Avante*. VI série, nº. 192 (Outubro-Novembro de 1954), p. 2.

Seis doentes expulsos dum Sanatório! In *Avante*. VI série, nº. 20 (1ª quinzena de Novembro de 1942), p. 3.

Tuberculose: 7000 Mortos. In *Avante*. VI série, nº. 251 (2ª quinzena de Março de 1958), p. 2.

KARLOFF - Tribuna Popular: “Pró-família”. In *Avante*. VI Série, nº. 12 (2ª quinzena de Julho de 1942), p. 2.

**1.6.7. Jornal *O Militante* [1941-1974/ P.C.P./G.E.S. – Gabinete de Estudos Sociais do P.C.P.]**

A Legislação sobre o Trabalho e a Previdência possibilita amplas movimentações operárias. In *O Militante*. III Sérieº, nº. 156 (Julho de 1968), p. 1.

Sobre as Caixas de Previdência: Para além da previdência do Estado, a assistência aos patrões. In *O Militante*. III série, nº. 5 (Fevereiro de 1948), p. 5-6.

**1.6.8. Jornal *O Têxtil* [1956-1974/ P.C.P./G.E.S. – Gabinete de Estudos Sociais do P.C.P.]**

A Assistência aos Têxteis. In *O Têxtil*. Ano 5º, nº. 24 (Junho de 1960), p. 2

A Previdência e os 25 por cento. In *O Têxtil*. Ano 6º, nº. 30 (Janeiro de 1961), p. 4.

O Dinheiro da Previdência deve ser utilizado em benefício dos trabalhadores. In *O Têxtil*. Ano 5º, nº. 28 (Novembro de 1960), p. 3.

**1.6.9. Jornal *O Médico: Semanário de Assuntos Médicos e Paramédicos* [1950-1992 / Biblioteca Nacional]**

Os problemas da Medicina em Portugal: Ciclo de Conferências na Faculdade de Medicina de Lisboa. In CARDIA, Mário [dir.] – *O Médico*, vol. VIII, IX Ano, nº. 350, 15 de Maio (1958), p. 75-76.

- CARDIA, Mário – Os médicos novos: os seus problemas, as suas dificuldades, os seus anseios. CARDIA, Mário [dir.] - *O Médico*, vol.VII, IX Ano, nº. 33, 2 Janeiro (1958), p. 97-98.
- CORREIA, José Pinto – Problemas da Medicina em Portugal. In CARDIA, Mário [dir.] – *O Médico*, vol. VIII, IX ano, nº. 355, 19 Junho (1958), p. 285-286.
- LEAL, M. da Silva – O médico... o explorado. In CARDIA, Mário [dir.] – *O Médico*, vol. VIII, IX Ano, 12 de Julho (1958), p. 358.
- SAMPAIO, Arnaldo – Perspectivas e tendências em Saúde Pública. In CARDIA, Mário [dir.] - *O Médico*, nº. 47 (1960), p. 277.
- SANTOS, Carlos – Medicina Social: crise da classe médica, investigação científica entre nós, criação do Ministério da Saúde. Separata do Jornal *O Médico*, 17 (1951), p. 27-29.

### **1.7. Fontes Estatísticas e Orçamentais:**

- INE – *Anuário Estatístico de Portugal [1911-1968]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1914-1970].
- INE – *Estatística da Organização Corporativa: Ano [1939-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1940-1970].
- MITCHELL, B.R. – *European Historical Statistics 1750-1970*. London: Macmillan Press, 1978.
- O.E.C.D. – *OECD.Stat. Health Status: Maternal and Infant Mortality*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://stats.oecd.org/>
- O.E.C.D. – *OECD.Stat. Health Status: Causes of Mortality*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://stats.oecd.org/>
- O.E.C.D. – *OECD.Stat. Health Status: Life Expectancy*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://stats.oecd.org/>
- PORTUGAL: LEIS, DECRETOS – *Orçamento Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1936-1970].
- PORTUGAL: MINISTÉRIO DAS FINANÇAS – *Conta Geral do Estado para o Ano Económico de [1935-1969]*. Lisboa: Imprensa Nacional, [1933-1968].

## **2. BIBLIOGRAFIA:**

### **2.1. Dicionários, Enciclopédias e Reportórios Bibliográficos:**

Ametropia. In *Dicionário Enciclopédico da Língua Portuguesa*. Lisboa: Publicações Alfa, 1992. Vol. I, p. 66.

BASTOS, Henrique. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. IV, p. 350.

BISSAIA BARRETO, Fernando. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. IV, p. 751.

CAMEIRA, Eurico. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. V, p. 585.

CARDIA (Mário). In *Verbo Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura. Século XXI*. Lisboa: Verbo, 1963-?, vol. 4, p. 123.

CARNEIRO PACHECO, António Faria. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. V, p. 974.

DIAS, José Lopes. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XV, p. 448.

FARIA, José Alberto de. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa, Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, vol. X (1944), p. 918-919.

GUEDES, Armando Marques. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XVI, p. 408.

LINHARES DE LIMA, Henrique. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XXXIX, p. 943.

MADUREIRA, Alberto. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XV p. 864.

MATOS CHAVES, Fernando Rodrigues de. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XVI, p. 602-603.

Lopo de Carvalho Cancela de Abreu. In *Nova Enciclopédia Portuguesa*. Alfragide: Ediclube, 1996.

MAIA, Celestino da Costa. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XXV, p. 948.

Miller Guerra. In *Infopédia*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: [http://www.infopedia.pt/\\$miller-guerra](http://www.infopedia.pt/$miller-guerra)

REYNALDO DOS SANTOS. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XVII, pp. 302-303.

ROVISCO PAIS, José. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa, Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XXVI, p. 310.

POSSOLO, Guilherme. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa, Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, vol. XX (1954), p. 920-921.

SOUSA, Mário Pais de. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XIX p. 1000.

VALENTE, Francisco Pulido. In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.]. vol. XXXV, p. 348.

AZEVEDO, Carlos Moreira [dir.] – *Dicionário de História Religiosa de Portugal*. Vol IV, Lisboa: Círculo de Leitores, 2001.

CAPUCHA, Luis Antunes – Assistência social. In MÓNICA, Maria Filomena; BARRETO, António [coord.] – *Dicionário da História de Portugal*. Vol. VII, suplemento A/E. Porto: Livraria Figueirinhas, 1999, p. 134-137.

CASTILHO, J. M. Tavares – *Os Procuradores da Câmara Corporativa: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009.

CORREIA, Fernando da Silva [compil.] – *De sanitate in Lusitania Monumenta Historica. Documentos para a História da saúde pública em Portugal*. Lisboa: [s.n.], 1960.

COSTA PINTO, António; BRAGA DA CRUZ, Manuel – *Dicionário Biográfico Parlamentar: 1935-1974*. Lisboa: Assembleia da República, 2009.

CRUZ, Manuel Braga da – Eleições. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*. Vol. VII, suplemento A/E. Porto: Livraria Figueirinhas, 1999, p. 607-615.

FONTE, Barroso da [coord.] - *Dicionário dos Mais Ilustres Transmontanos e Alto Durienses*. Guimarães: Editora Cidade Berço, [s.d.], p. 98.

FREIRE, João Brito – Greves operárias. In ROSAS, Fernando; BRITO, Brandão de [dir.] - *Dicionário de História do Estado Novo*. Vol. I: Lisboa: Bertrand, 1996.

GUIBENTIF, P. – Segurança Social. In BARRETO, A., MÓNICA, Maria Filomena [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*, Suplemento 9. Porto: Figueirinhas, 2000, p. 411-413.

- LEAL, A. S. – Abono de Família. In *POLIS: Enciclopédia VERBO da Sociedade e do Estado*, vol. I. Lisboa: Verbo, 1983, p. 9-12.
- LUCENA, Manuel – Previdência Social. In MÓNICA, Maria Filomena Mónica; BARRETO, António (coord) – *Dicionário da História de Portugal*. Vol. 9, Figueirinhas, 2000, p. 152-167.
- MÓNICA, Maria Filomena – Sociedade. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*, vol. IX, suplemento P/Z. Porto: Livraria Figueirinhas, 1999, p. 453-460.
- MONTEMOR, A. – MACHADO, José Timóteo Montalvão. In FONTE, Barroso da [coord.] - *Dicionário dos Mais Ilustres Transmontanos e Alto Durienses*. Guimarães: Editora Cidade Berço, [s.d.], p. 235.
- MACHADO MACEDO, M. E. – Ordem dos Médicos. In BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena [coord.] – *Dicionário de História de Portugal*. Vol. VIII, Suplemento F/O, Porto: Figueirinhas, 1999, p. 648-649.
- NETO, Maria de Lourdes - Assistência Pública. In SERRÃO, Joel (coord.) – *Dicionário de História de Portugal*. Porto: Livraria Figueirinhas, 1992. vol.1, p. 235-237.
- OSSWALD, Walther - Eugenia. In CHORÃO, João Bigotte [dir.] – *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura, Edição século XXI*. Lisboa/São Paulo, Editorial Verbo, 1999. vol. 11, p. 308.
- PAIVA, José Pedro [coord.] – *Monumenta Misericordiarum: Misericórdias e Secularização num século turbulento (1910-2000)*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, vol. 9, tomo I, 2010.
- PAIVA, José Pedro [coord.] – *Monumenta Misericordiarum: Fazer a História das Misericórdias*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2002.
- PENTEADO, Pedro – Misericórdias nos Séculos XIX e XX. In AZEVEDO, Carlos Moreira [dir.] – *Dicionário de História Religiosa de Portugal*. Vol IV, Lisboa: Círculo de Leitores, 2001.
- PINA, Luís de – Medicina e Médicos. In SERRÃO, Joel [dir.] – *Dicionário de História de Portugal*. Vol. IV, Porto: Figueirinhas, 1981, p. 239-244.
- PINA, Madalena Esperança (coord.) – *Dicionário de Médicos Portugueses* [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <http://medicosportugueses.blogs.sapo.pt/6436.html>.



- PITA, João Rui – Farmácia. In SERRÃO, Joel [et al., dir.] – *História da Universidade em Portugal*. Vol. 1, tomo 2, Coimbra: Universidade de Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997, pp. 875-881.
- RODRIGUES, Manuel Augusto; QUEIRÓS, Abílio Ferreira; ALMEIDA, Luís Ferrand de – *Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis*. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 1992.
- ROSAS, Fernando - PEREIRA, Pedro Teotónio. In ROSAS, Fernando; BRANDÃO DE BRITO, J.M. [dir.] - *Dicionário de História do Estado Novo*. [Lisboa]: Círculo de Leitores, 1996.
- ROSAS, Fernando; BRITO, Brandão de [dir.] – *Dicionário da História do Estado Novo*. Lisboa: Bertrand, 1996.

## 2.2. Obras de Referência Metodológica:

- Reportório bibliográfico da historiografia portuguesa (1974-1994)*. [Coimbra]: Instituto Camões: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 1995.
- ARIÈS, Phillipe – A História das mentalidades. In LE GOFF, Jacques; CHARTIER, Roger; REVEL, Jacques [dir.] - *A Nova História*. Coimbra. Almedina, 1990, pp. 455-489.
- AUGÉ, Marc; HERZLICH, Christine – *Le sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éd. Des Archives Contemporaines, 1990.
- BARDIN, Laurence – *A análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1991.
- BEAUD, Michel – *L'art de la thèse*. Paris: Éditions La Découverte, 1991.
- BORDIEU, Pierre – *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- BRAUDEL, Fernand – Histoire et Sciences sociales: la longue durée. In *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 13<sup>a</sup> année, n.º. 4, Octobre-Décembre (1958), p. 725-753.
- IDEM – História e Sociologia. In GURVITCH, Georges [dir.] – *Tratado de Sociologia*. Vol. I, [s.l.]: Iniciativas Editoriais, 1977, p. 123-144.
- DESHAIES, Bruno – *Metodologia da investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

- DUARTE, Manuel Dias – *História da Filosofia em Portugal nas suas conexões políticas e sociais*. Lisboa: Livros Horizonte, 1987.
- EISENSTADT, S. N. – *A dinâmica das civilizações. Tradição e modernidade*. Lisboa: Edições Cosmos, 1991.
- FASSIN, Didier – *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: P.U.F., 1996.
- FERNANDES, António José Fernandes – *Introdução à Ciência Política. Teorias, Métodos e Temáticas*. Porto: Porto Editora, 2008.
- FERRO, Marc – *Les sociétés malades du progress*. Paris: Plon, 1998.
- FOGEL, Robert William – The limits of quantitative methods in History. In *The American Historical Review*, vol. 80, 2, April (1975), p. 329-350.
- GADAMER, Hans-Georg – *Vérité et méthode. Les grands lignes d'une herméneutique philosophique*. Paris: Éditions du Seuil, 1976.
- GIDDENS, Anthony – *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.
- GODINHO, Vitorino Magalhães – Noções operatórias na abordagem global das sociedades. In *Memoriam António Jorge Dias*. Vol. I. Lisboa: Junta de Investigações Científicas do Ultramar, 1974, p. 159-174.
- GURVITCH, Georges – *A vocação actual da Sociologia*. Lisboa: Edições Cosmos, 1979.
- HOOCK, Jochen – Événement et esthétique de la reception. In *L'Événement en Perspective*. Paris: Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1991, p. 125-140.
- JUDT, Tony – *O Século XX Esquecido: Lugares e memórias*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- KOSELLECK, Reinhart – *The Practice of Conceptual History. Timing History, Spacing Concepts*. Stanford: Stanford University Press, 2002.
- LE BRAS, Gabriel – *Études de Sociologie religieuse*. Paris: P.U.F., 1955-1956.
- LE GOFF, Jacques; CHARTIER, Roger; REVEL, Jacques [dir.] - *A Nova História*. Coimbra. Almedina, 1990.
- MACEDO, Jorge Borges de – A opinião pública na História e a História na opinião pública. In *Estratégia. Revista de Estudos Internacionais*, 1, Primavera (1986), p. 47-59.
- MARQUES, João Martins da Silva – Arquivo Nacional da Torre do Tombo: Ensaio de um manual de heurística e arquivologia. In *Ethnos: Revista do Instituto*

- Português de Arqueologia, História e Etnografia*, vol. I (1935), p. 113-228.
- MORIN, Edgar – *O Método*. Mem Martins: Europa-América, [s.d.].
- POMIAN, Krzysztof – A História das estruturas. In *A Nova História*. Coimbra: Almedina, 1990, p. 183-208.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed., Lisboa: Gradiva, 1998.
- RAU, Virgínia – Arquivos de Portugal: Lisboa. In *Actas do Colóquio Internacional de Estudos Luso-Brasileiros. Washington, 15-20 Outubro 1950*. Nashville: The Vanderbilt University Press, 1953, p. 189-213.
- RÉMOND, René – *Introdução à História do nosso tempo: Do Antigo Regime aos nossos dias*. Lisboa: Gradiva, 2011.
- REVEL, Jacques – Demografia histórica. In LE GOFF, Jacques; CHARTIER, Roger; REVEL, Jacques [dir.] - *A Nova História*. Coimbra. Almedina, 1990, p. 144-150.
- RICOEUR, Paul – *Philosophie de la volonté*. Paris: Éditions Montaigne, 1949.
- IDEM – *Teoria da interpretação. O discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 1987.
- RODRIGUES, António Simões [coord.] – *História de Portugal em Datas*. [s.l.]: Círculo de Leitores, 1994.
- SERRÃO, Joaquim Veríssimo – *A historiografia portuguesa. Doutrina e crítica*. [s.l.]: Editorial Verbo, 1973.
- SERRÃO, Joel; LEAL, Maria José; PEREIRA, Miriam Halpern – *Roteiro de Fontes da História Contemporânea*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, 1985.
- SILVA, Carlos Guardado da – Perspectivas de investigação em Ciência da Informação. In *Actas do VI Encontro Ibérico EDICIC 2013: Globalização, ciência, informação*. [Porto]: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, CETAC/MEDIA, 2013, p. 355-369.
- SIMIAND, François – Méthode historique et science sociale. In *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 15.º année, 1, Janvier-Février (1960), pp. 83-119.
- WEBER, Max – *Économie et Société*. Paris: Plon, 1971.
- IDEM – *Sobre a teoria das ciências sociais*. Lisboa: Editorial Presença, 1974.

WEE, Herman Van der – El empleo de conceptos y modelos teóricos de las Ciencias Humanas en la Historia. In *Actas de las I Jornadas de Metodologia Aplicada de las Ciencias Historicas*. Santiago de Compostela: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Santiago, 1975, p. 709-721.

YATES, Frances – *L'Art de la mémoire*. [Paris]: Éditions Gallimard, 1975.

### 2.3. Obras Gerais:

A.A.V.V. – *Les marginaux et les exclus dans l'Histoire*. Paris: Union Générale d'Éditions, 1979.

ACEVES PASTRANA, Patricia [ed.] – *Tradiciones e intercâmbios científicos: matéria médica, farmácia y medicina*. México: UAM/RIHECQB, 2000.

ACKERKNECHT, Erwin H. – *A short history of medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992.

IDEM – *Medicina y antropologia social*. Madrid: Akal/Universitaria, 1985.

ALMEIDA, Ana Nunes de [coord.] – *História da vida privada em Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011.

ALMEIDA, Fortunato de – *História da Igreja em Portugal*. Porto-Lisboa: Livraria Civilização Editora, 1968.

ARIÈS, Phillippe – *O Homem perante a morte*. Mem-Martins: Europa-América, 1988.

ARNAUT, António – História do Serviço Nacional de Saúde. In *Estudos do Século XX: Ciência, Saúde e Poder*, nº. 5 (2005), p. 107-114.

BAPTISTA, Virgínia – *Protecção e direitos das mulheres trabalhadoras em Portugal*. Lisboa: I.C.S., 2016.

BARRETO, António – *A situação social em Portugal 1960-1999*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 1996.

IDEM – Portugal na periferia do centro: mudança social, 1960 a 1995. In *Análise Social*, vol. XXX, nº. 134 (1995), p. 841-855.

BARRETO, António; PRETO, Clara Valadas – *Portugal 1960/1995: Indicadores sociais*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa/Público, 1996.

- BASTOS, Cristiana; LEVY, Teresa – Aspirinas, palavras e cruces: práticas médicas vistas pela Antropologia. In *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 23 (1987), p. 221-232.
- BECCHI, Egle; JULIA, Dominique [dir.] – *Histoire de l'enfance en Occident*. Paris: Éditions du Seuil, 1998.
- BOURDELAIS, Patrice – L'étiologie de la tuberculose otage de la politique sociale: l'exemple de la France 1880-1930. In *Estudos do Século XX: Ciência, saúde e poder*, nº. 5 (2005), p. 247-262.
- BOUSSEL, Patrice; BONNEMAIN, Henri; BOVÉ, Frank – *Histoire de la pharmacie et de l'industrie pharmaceutique*. Paris: Éditions de la Porte Verte, 1982.
- BRASÃO, Inês Paulo – *Dons e disciplinas do corpo feminino. Os discursos sobre o corpo na história do Estado Novo*. Lisboa: O.N.G. do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 1999.
- BRIGGS, Asa – *História Social de Inglaterra*. Lisboa: Editorial Presença, 1983.
- BROCK, Thomas – *Robert Koch. A life in medicine and bacteriology*. Madison: Science Tech Publishers, 1988.
- CABRAL, Manuel Villaverde [coord.] – *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.
- CAMPO GRANDE, A; CASTRO, Alberto de – *Saúde: uma previdência e segurança social para um Portugal europeu*. Santa Maria da Feira: Alberto de Castro, 1999.
- CARAPINHEIRO, Graça – Do bio-poder ao poder médico. In *Estudos do Século XX: Ciência, saúde e poder*, nº.5 (2005), p. 383-400.
- CARRAPIÇO, Francisco; PALHINHA, Jaime - *A Misericórdia Velha de Portimão e o seu hospital*. Lisboa: Edições Colibri, 2016.
- CARRERAS PANCHON, António – *Miasmas y retrovirus. Cuatro capítulos de la historia de las enfermedades transmisibles*. Barcelona: Fundación Uriach 1838, 1991.
- CENTRO ITALIANO DI STORIA OSPITALIERA – *Storia della sanità in Italia*. [s.l.]: Il Pensiero Scientifico, 1978.
- CHARBIT, Y. – *Malthusianisme au Populationnisme*. Paris: P.U.F., 1981.
- CHAST, François – *Histoire contemporaine des médicaments*. Paris: La découverte, 1995.
- COCKS, Geoffrey Campbell – *The state of health. Illness in Nazi Germany*. Oxford: Oxford University Press, 2012.

- COELHO, António Matias – *Atitudes perante a morte*. Coimbra: Minerva, 1991.
- COSMACINI, Giorgio – *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste negra ai giorni nostri*. [s.l.]: Laterza, 2005.
- IDEM – *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporânea*. [s.l.]: Laterza, 1994.
- COSTA, Leonor Freire [et al] – *História Económica de Portugal (1143-2010)*. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011.
- COSME, João [org.] – *Demografia histórica: as migrações*. Lisboa: [s.n.; s.d.].
- COWEN, David; HELFAND, William – *Pharmacy. An Illustrated History*. New York: Harry N. Abrams Inc. Publishers, 1990.
- CUNHA, Paulo – O filme científico português durante o Estado Novo: o caso particular do filme médico. In *Estudos do Século XX: Ciência, saúde e poder*, nº.5 (2005), p. 411-428.
- DE BONI, Claudio – *Lo Stato Sociale nel pensiero politico contemporâneo*. Firenze: Firenze University Press, 2007.
- DUMONT, Jean Pierre – *La Sécurité Sociale Toujours en Chantier: Historique, bilan, perspectives*. Paris: Les Éditions Ouvrières, 1981.
- FAURE, Olivier – *Histoire sociale de la Médecine (XVIIIe-XXe siècles)*. Paris: Anthropos Historiques, 1994.
- FEIJÓ, Rui; MARTINS, Hermínio; CABRAL, João de Pina – *A morte no Portugal contemporâneo. Aproximações sociológicas*. Lisboa: Editorial Quercus, 1985.
- FERRO, António – *Salazar*. Lisboa: Edições Templo, 1978.
- FLUSS, S.S.; GUTTERIDGE, F. – Some contributions of the World Health Organization to Legislation. In *Issues in Contemporary International Health*. New York and London: Plenum Medical Book & Co., 1990.
- FOUCAULT, Michel – *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- IDEM – *A vontade de saber: história da sexualidade*. Lisboa: Relógio d'Água, 1994.
- IDEM – *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- IDEM – *História da loucura na Idade Clássica*. [São Paulo]: Perspectiva, 1978.
- IDEM – *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard, 1975.
- IDEM – *Naissance de la clinique*. Paris: P.U.F., 1960.
- FOUCAULT, Michel [et al.] – *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelas: Pierre Mardaga, 1979.
- FRANCO, Silvano – *Legislazione e politica sanitaria del fascismo*. [s.l.]: Apes, 2001.

- FRASER, Derek – *The Evolution of the British Welfare State: a History of Social Policy Since Industrial Revolution*. [s.l.]: Palgrave Mcmillan, 2009.
- GAUMER, Benoît – *Système de santé et des services sociaux du Québec: une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*. Laval: Presses de l'Université Laval, 2008.
- GONÇALVES, Artur Eleutério – *A Saúde no Concelho de Amares: Contributos para a sua História*. Amares: Município, 2007.
- GOODY, Jack – *L'Évolution de la famille et du mariage en Europe*. Paris: Armand Colin, 1985.
- GRÁCIO, Rui – História da Educação em Portugal: 1945-1978. In *Cultura, História e Filosofia*, vol. II (1983), p. 135-184.
- GUESLAIN, André e GUILLAUME, Pierre [coord.] – *De la charité médiévale à la sécurité sociale*. Paris: Les Éditions Ouvrières, 1992.
- GUIBENTIF, Pierre – Génese da Previdência Social. Elementos sobre as origens da segurança social portuguesa e as suas ligações com o corporativismo. In *Ler História*, 5 (1985), p. 27-58.
- HANVEY, C.; PHILPOT, T. – *Sweet charity. The role and workings of voluntary organisations*. London: Routledge, 1996.
- HESPANHA, M. J. – Para além do Estado: a saúde e a velhice na sociedade-providência. In SANTOS, Boaventura Sousa [org.] – *Portugal: um retrato singular*. Porto: Afrontamento, 1993, pp. 315-330.
- HESPANHA, Pedro [et al.] – *Entre o Estado e o Mercado. As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.
- HIGBY, Gregory; STROUD, Elaine [eds.] – *The inside story of medicines*. Madison: AIHP, 1997.
- HILLEBOE, H. – *Preventive medicine*. Philadelphia: Saunders, 1965.
- HOFMARCHER, M.M.; RACK, H. – *Health care systems in transition: Austria*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
- HOGART, J. – *The payment of the general practitioner*. Oxford: Pergamom, 1963.
- JONES, Kathleen – *A History of the mental health services*. London: Routledge and Kegan Paul, 1972.
- KICKBUSH, ILONA – Cinquante années d'évolution des concepts de santé à l'O.M.S.: d'une definition à sa reformulation. In *Prévenir*, n°. 30, 1996, p. 43-54.
- KOHLER, P.A.; ZACHER, H.F. [eds.] – *The evolution of social insurance 1881-1981*. London: Frances Printer, 1983.

- LAÍN ENTRALGO, P. – *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, 1982.
- LE GOFF, Jacques [dir.] – *As doenças têm História*. Mem Martins: Terramar, [1991].
- LEANDRO, Maria Engrácia [et al.] [org.] – Saúde: as teias da discriminação social. In *Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social*. Braga: I.C.S. Universidade do Minho, 2002, p. 338.
- LINDEMANN, Mary – *Medicina e sociedade no início da Europa Moderna. Novas abordagens da história europeia*. Lisboa: Editora Replicação, 2002.
- LOPES, J. Silva – *A economia portuguesa desde 1960*. Gradiva: Lisboa, 1996.
- LOPEZ PIÑERO, J. M. – *La medicina en la historia*. Madrid: La Esfera de los Libros, 2002.
- LUCENA, Manuel de - *A Evolução do Sistema Corporativo Português – O Marcelismo*, vol. II. Lisboa: Perspectivas e Realidades, 1976.
- LUBOVE, Roy – *The Struggle for Social Security (1900-1935)*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1986.
- LUZZI, Saverio – *Salute e Sanità nell'Italia repubblicana*. Roma: Donzelli editore, 2004.
- MAGALHÃES, Vera; FILIPE, António - *O hospital novo da Misericórdia de Viseu: assistência, poder e imagem*. Viseu: Santa Casa da Misericórdia de Viseu, 2011.
- MARQUES, A. H. Oliveira – *A Primeira República Portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte, 1980.
- MARQUES, A. H. Oliveira; SERRÃO, Joel [dir.] – *Nova História de Portugal: Portugal, da Monarquia para a República*. Vol. XI, Lisboa: Editorial Presença, 1991.
- MISHRA, Ramesh – *O Estado-Providência na sociedade capitalista*. Celta: Lisboa, 1995.
- MÓNICA, Maria Filomena – A evolução dos costumes em Portugal, 1960-1995. In BARRETO, António [org.] – *Situação social em Portugal: 1960-1995*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 1996.
- MOULIN, Anne Marie – O corpo perante a medicina. In COURTINE, Jean-Jacques [coord.] – *A História do Corpo: Século XX – As Mutações do Olhar*. Vol. V, Lisboa: Círculo de Leitores, 2013, p. 21-123.
- IDEM – *L'aventure de la vaccination*. Paris: Fayard, 1994.
- MURRAY, John – *Origins of American Health Insurance: History of Industrial Sickness Funds*. [s.l., s.n.], 2007.



- MUÑOZ CALVO, Sagrario – *Historia de la Farmacia en la España moderna e contemporânea*. Madrid: Editorial Síntesis, 1994.
- NAMORA, Fernando – *Deuses e demónios da medicina*. Lisboa: Arcádia, [s.d.].
- NICOSIA, Francis e HUENER, Jonathan [ed.] – *Medicine and medical ethics in Nazi Germany. Origins, practices, legacies*. [s.l.]: Bergham Books, 2002.
- NUNES, Adérito Sedas – Portugal: sociedade dualista em evolução. In *Análise Social*, vol. II, nº. 7-8, 1964, p. 407-462.
- NUNES, Adérito Sedas; BARRETO, António – Portugal na periferia do centro: mudança social (1960-1995). In *Análise Social*, vol. XXX, nº. 134 (1995), p. 841-856.
- PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui – Alexander Fleming (1881-1955): Da descoberta da penicilina (1928) ao Prémio Nobel (1945). In *Revista da Faculdade de Letras. História*, 3ª série, 6, 2005, p. 129-151.
- IDEM – Público e privado: história ecológico-institucional do corpo. O caso português (1900-1950). Apresentação sumária de um projecto aprovado. In *Estudos do Século XX: Ciência, saúde e poder*, nº.5 (2005), p. 439-453.
- PEREIRA, José Morgado – Institucionalização e reorientação da Psiquiatria portuguesa nas primeiras décadas do século XX. In *Estudos do Século XX: Ciência, saúde e poder*, nº. 5 (2005), p. 321-334.
- PINTO, Jaime Nogueira – *Salazar visto pelos seus próximos (1946-1968)*. 4ª. edição, Lisboa: Bertrand, 2007.
- PITA, João Rui; PEREIRA, Ana Leonor – Ciência e medicina: a revolução pasteuriana. In *Actas do Congresso Comemorativo do V Centenário do Hospital do Espírito Santo de Évora*. Évora: Hospital do Espírito Santo, 1996, p. 245-271.
- RAFFAEL, Marshall; RAFFAEL, Norma; BARSUKIEWICZ, Camille – *The U.S. Health System: Origins and Functions*. Albany: Delmar, 2002.
- RAICHVARG, Daniel – *Louis Pasteur. L'empire des microbes*. [s.l.]: Gallimard, 1995.
- RAMOS, Rui – A Segunda Fundação (1890-1926). In MATTOSO, José (dir.) – *História de Portugal*. Vol VI, [Lisboa]: Círculo de Leitores, 1994.
- REIS, Maria de Fátima – D. Leonor, “rainhas das misericórdias” na historiografia portuguesa: patrocínio e espiritualidade. Separata de *Las relaciones discretas entre las monarquias Hispana e Portuguesa: las casas de las reinas (siglos XV-XIX)*. [Madrid: s.n.], 2008.

- IDEM – Poder régio e tutela episcopal nas instituições de assistência na época moderna: os recolhimentos de Lisboa. Separata de *Igreja, caridade e assistência na Península Ibérica (séculos XVI-XVIII)*. Lisboa: [s.n., 2004].
- IDEM – Natureza e ciência: uma relação de domínio. Separata de *Homem, tempo e ambiente: a Ericeira em foco: Actas do III Curso de Verão da Ericeira*. [Ericeira]: Mar de Letras, 2002.
- IDEM – A mulher e o trabalho no espaço urbano nos séculos XVII e XVIII. Separata de *A mulher na História: Actas dos colóquios sobre a temática da mulher 1999-2000*. [Moita, s.n.], 2001.
- RIFE, James – *Caring and Curing: A History of the Indian Health Service*. Virginia: PHS Commissioner Officers Foundation for the Advancement of Public Health, 2009.
- ROCHAIX, M. – *Les questions hospitalières: de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*. Paris: Berger-Levrault, 1996.
- ROSAS, Fernando – *Pensamento e acção política. Portugal, século XX (1890-1976)*. Lisboa: Editorial Notícias, 2004.
- IDEM – O Estado Novo (1926-1974). In MATTOSO, José – *História de Portugal*, 7º Vol., Lisboa: Círculo de Leitores, 1994.
- SALTMAN, Richard; DUBOIS, Hans – The historical and social base of social health insurance systems. In SALTMAN, Richard [et al] - *Social health insurance systems in western Europe*. Berkshire: Open University Press – McGraw-Hill Education, 2004, p. 23-30.
- SERRÃO, Joaquim Veríssimo – *História de Portugal*. Lisboa: Verbo, 1997.
- SILEI, Gianni – *Lo stato sociale in Italia: Dalla caduta del fascismo ad oggi (1943-2004)*. [s.l.]: P. Lacaita, 2004.
- SILVA, Carlos Guardado da [coord.] – *História do sagrado e do profano*. Lisboa: Colibri, 2008.
- IDEM - *História da alimentação*. Lisboa: Colibri, 2007.
- SILVA, Carlos Guardado da; MELÍCIAS, André Filipe – *A Misericórdia do Cadaval*. Cadaval: Santa Casa da Misericórdia do Cadaval, 2005.
- SINCLAIR, Duncan; ROCHON, Mark; LEATT, Peggy – *Riding the third rail: the story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000*. Quebec: The Institute for Research on Public Policy (IRPP), [s.d.].
- SOURNIA, Jean-Charles – *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

- SOURNIA, Jean-Charles; RUFFIÉ, Jacques – *As epidemias na História do Homem*. Lisboa: Edições 70, 1986.
- SOUSA, Alfredo de – Os anos 60 da nossa economia. In *Análise Social*, vol. XXX, 133 (1995), p. 613-630.
- SOUSA, Ivo Carneiro de – *V Centenário das Misericórdias portuguesas 1498-1998*. [s.l.]: C.T.T. – Correios de Portugal, 1998.
- STEVENS, Rosemary; ROSENBERG, Charles; BURNS, Lawton – *History & Health Policy in the United States*. [s.l.]: Rutgers, 2006.
- TENGARRINHA, José – *História da imprensa periódica portuguesa*. Lisboa: Portugália Editora, 1965.
- THANE, P. – *The foundations of the welfare state*. Longman: London, 1995.
- TOFFLER, Alvin – *The third wave*. New York: Bantam Books, 1981
- TORGAL, Luís Reis – Medicina, Escola de Política: António José de Almeida e a República. In *Estudos do Século XX: Ciência, saúde e poder*, nº. 5 (2005), p. 115-144.
- TORRES, José Veiga – *Introdução à História económica e social da Europa*. Coimbra: Almedina, 1983.
- UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS [org.] – *As misericórdias e a Saúde: Actas 1º Congresso do Grupo Misericórdias Saúde*. Vila do Conde: Comissão Organizadora do Congresso, 2012.
- IDEM – *As misericórdias de Portugal*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 1995.
- VALAT, Bruno – *Histoire de la Sécurité Sociale (1945-1967): l'État, l'institution et la santé*. Paris: Economica, 2001.
- VEIGA, Paula – *Saúde e medicina no antigo Egipto*. Lisboa: [s.n.], 2008. Tese de mestrado.
- VENTURA, António – *Estudos sobre História e Cultura Contemporâneas de Portugal*. Casal de Cambra: Caleidoscópio, 2004.
- IDEM – *Literatura autobiográfica e História: as memórias sobre o Estado Novo*. Lisboa, [s.n.], 1999.
- IDEM – Portugal entre o século XIX e o século XX. In *O Estudo da História*, nº. 2, 1997, p. 163-168.

- VERAGHTERT, K.; WIDDERSHOVEN, B. – *Two centuries of solidarity: the dutch, belgian and german sickness funds during the nineteenth and twentieth century*. Amsterdam: Aksant, 2002.
- VIGARELLO, Georges – *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Paris: Seuil, 2015.
- VIGARELLO, Georges [et al.; coord.] – *História do Corpo*. Vol I – V, Lisboa: Círculo de Leitores, 2015.
- VOVELLE, Michel – Encore la mort: un peu plus qu'une mode? In *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. XXXVII (2, 1982), p. 276-287.
- IDEM – *La mort en l'Occident de 1300 à nos jours*. [Paris]: Gallimard, 1983.
- WAINWRIGHT, Milton – *Cura milagrosa. Historia de los antibioticos*. Barcelona: Ediciones Pomares-Corredor, 1992.
- WALL, Richard; ROBIN, Jean; LASLETT, Peter – *Family forms in historic Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- WARSH, Cheryl e STRONG-BOG, Veronica – *Children's Health Issues in Historic Perspective*. Ontário: Wilfrid Laurier University Press, 2005.
- WEBSTER, Charles – *The National Health Service: A Political History*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- WEINDLING, Paul – *Health, race and german politics between national unification and nazism 1870-1945*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- WINSLOW, A. – *The evolution and significance of the modern public health campaign*. New Haven, [s.n.], 1923.
- WHITAKER, Elizabeth – *Measuring Mamma's Milk. Fascism and the medicalisation of Maternity in Italy*. Michigan: University of Michigan Press, 2000.
- WILLCOCKS, A. J. – *The creation of the National Health Service. A study of pressure groups and a major social policy*. London: Routledge and Kegan Paul, 1967.
- WITHEFORD, Linda e IRANCH, Laurence – *Primary health care in Cuba: The other revolution*. Maryland: Rowman & Littlefield, 2008.

## 2.4. Obras Específicas:

Aneurin Bevan (1897-1960). In *BBC Historic Figures* [Em linha], [cons. 24 Março 2015]. Disponível em WWW: [http://www.bbc.co.uk/history/historic\\_figures/bevan\\_aneurin.shtml](http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/bevan_aneurin.shtml)

António Galhordas (1932-13/05/2015). In *Silêncios e Memórias* [Em linha], [cons. 30 Março 2015]. Disponível em WWW: <http://silenciosememorias.blogspot.pt/2015/05/0982-antonio-galhordas-i.html>

Docente: Pedro Mário Soares Martinez. In *Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa*. [Em linha], [cons. 24 Abril 2015]. Disponível em WWW: <http://www.fd.lisboa.ucp.pt/site/custom/template/ucptplpopup.asp?sspageid=3013&lang=1&docenteid=149900288>

Oliveira, João Cândido da Silva. In *Perfil Biográfico dos Professores Catedráticos da Faculdade de Medicina* [Em linha], [cons. 25 Novembro 2016]. Disponível em WWW: [http://memoria.ul.pt/index.php/Oliveira\\_Jo%C3%A2oC%C3%A2ndido\\_da\\_Silva](http://memoria.ul.pt/index.php/Oliveira_Jo%C3%A2oC%C3%A2ndido_da_Silva)

ABEL-SMITH, B. – The rise and decline of the early HMO's: some international experiences. In *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 66(4), 1998, p. 694-714.

ABREU, Carlos – *Limpos, saudáveis e doces: História da Saúde Escolar em Portugal no Estado Novo, 1930 a 1960*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1999. Tese de mestrado.

ABREU, Laurinda; SHEARD, Sally [eds.] – *Hospital Life: Theory and practice from the medieval to the modern*. Bern: Peter Lang, 2013.

ABREU, Laurinda; BOURDELAIS, Patrice [eds.] – *The price of life: Welfare systems, social nets and economic growth*. Lisboa: Colibri/Universidade de Évora/PhoenixTN, 2008.

ABREU, Laurinda [et al.; eds.] – *Dynamics of health and welfare: texts and contexts*. Lisboa: Colibri/ Universidade de Évora/PhoenixTN, 2007.

ABREU, Laurinda; SANDOR, Janos [eds.] – *Monitoring health status of vulnerable groups in Europe: Past and Present*. Pecs: Compostela Group of Universities/PhoenixTN/European Thematic Network on Health and Social Welfare Policies, 2006.

- ABREU, Laurinda [eds.] – *European Health and Social Welfare Policies*. Blansko: Compostela Group of Universities/PhoenixTN/European Thematic Network on Health and Social Welfare Policies, 2004.
- ABREU, Laurinda – Saúde pública nas Constituintes (1821-1822): rupturas e continuidades. In *Análise Social*, 222, LII (1º), 2017, p. 2182-2999.
- ALMEIDA, Maria Antónia Pires de Almeida – Correia, Fernando da Silva. In UNIVERSIDADE DE LISBOA - *Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia* [Em linha], [cons. 6 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <http://www.ciuhct.com/index.php/pt/biografias/357-correia-fernando-da-silva.html>
- ALVES, Jorge - Saúde e Fraternidade: A Saúde Pública na I República. In GARNEL, Maria Rita (coord.) – *Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da I República*. Lisboa: C.N.C.C.R., 2010, p. 128-132.
- ALVES, Jorge; CARNEIRO, Marinha – Estado Novo e Discurso Assistencialista (1933-1944). In *Estudos do Século XX: “Estado-Providência”, capitalismo e democracia*. Coimbra: CEIS20, 13 (2013), p. 653.
- IDEM - A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da Monarquia à Ditadura Militar). In FERREIRA, Fátima [et al.] (coord.) – *Justiça na Res Publica, sécs. XIX-XX*. Braga: CITCEM, 2011, p. 33-50.
- IDEM – *Olhar o Corpo/ Salvar a Vida. História do Hospital Geral de Santo António e da Prática Clínica da Instituição*. Porto: Hospital Geral de Santo António, 2007.
- IDEM – *Corpo Biológico/ Corpo Social. Hospital Joaquim Urbano, 120 Anos em Defesa da Saúde Pública*. [s.l., s.n.], 2004.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de; ÁLVAREZ, Maria José Pérez [coord.]– *Do silêncio à ribalta: os resgatados da História (séculos XVI-XIX)*. Braga: Lab2PT, 2015.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de – Higiene, doença e morte no recolhimento de Santa Maria Madalena de Braga (Século XVIII). In *Revista Portuguesa de História*. tomo 47. Coimbra, 2016, p. 291-313.
- IDEM – From origins to the presente day: a brief history of S. Marcos Hospital. In MACEDO, António [et al.] – *Misericórdia de Braga: Historical Notes*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2015, p. 20-35.

- IDEM – Os serviços de saúde e a assistência à doença. In CAPELA, José Viriato; ARAÚJO, Maria Marta Lobo de - *A Santa Casa da Misericórdia de Braga 1513-2013*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2013, p. 347- 443.
- IDEM – Pequenos e pobres: a assistência à infância nas Misericórdias portuguesas da Idade Moderna. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de; FERREIRA, Fátima Moura [coord.] – *A Infância no Universo Assistencial da Península Ibérica (séculos XVI-XIX)*. Braga: Universidade do Minho, 2008, p.135-150.
- BANDEIRA, José Ramos – Bosquejo histórico do ensino da farmácia em Portugal. In *Boletim da Faculdade de Farmácia de Coimbra*, 33, 1973, p. 31-39.
- BARRETO, Xavier [et al.] – *Mortalidade Infantil em Portugal: Evolução dos indicadores e factores associados de 1998 a 2008*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2014.
- BASSO, Paula – O Século XX: o Século Farmacêutico. In *A Farmácia e o Medicamento: uma História Concisa*. Lisboa: Clube do Coleccionador CTT, p. 187-197.
- BASTOS, Cristiana - *Clínica, arte e sociedade: a sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*. Lisboa: I.C.S., 2011.
- BERNABEU-MESTRE, Josep – Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. In *Revista de Demografía Histórica*, XX, I, 2002, p. 125.
- BETTENCOURT, Nicolau – *Apontamentos para a História do Serviço de Saúde Militar*. Lisboa: [s.n.], 1961.
- BIRD, S.T.; BAUMAN, K.E. – State-level infant, neonatal and postneonatal mortality: the contribution of selected structural socioeconomic variables. In *International Journal Health Services*, nº. 28, 1998, p. 13-27.
- BROJO, A. Pinho; REBELO, Maria de Lurdes; PITA, João Rui [org.] – *Farmácia, Ciência e Universidade. A Fundação da Faculdade de Farmácia de Coimbra em 1921*. Coimbra: Minerva, 2000.
- BROWN, Theodore [et al.] – The transition from ‘international’ to ‘global’ public health and the World Health Organization. In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, s.n., vol. 13, nº.3, Julho/Setembro 2006, p. 121.

- CÂMARA MUNICIPAL DE PALMELA [org.] – *Memórias do Instituto de Malariologia de Águas de Moura: Da luta anti-palúdica ao museu – exposição*. Palmela: Câmara Municipal, 2001.
- CAMPOS, Ana Maria – Assistência médica e desigualdade social no Estado Novo. In *Estudos do Século XX: “Estado-Providência”, capitalismo e democracia*. Coimbra: CEIS20, 13 (2013).
- CARNEIRO, Marinha – *Ajudar a Nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Universidade do Porto, 2008.
- IDEM – *Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV a XX)*. Porto: Universidade do Porto, 2003. Tese de doutoramento.
- CAROLO, Daniel Fernando – *A Reforma da Previdência Social de 1962 na Institucionalização do Estado-Providência em Portugal*. [Lisboa], Tese de Mestrado em Economia e Política Social apresentada ao Instituto Superior de Economia e Gestão, Setembro de 2006.
- CARREIRA, Henrique Medina – *As Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva, 1996.
- IDEM – *O Estado e a saúde*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa / Público, 1996.
- CARVALHO, Augusto da Silva – *História da Medicina*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1929.
- COELHO, Aloísio M. – In Memoriam Professor Arnaldo Sampaio 1908-1984. In *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. Lisboa, vol. 9-10, 1984-1985, p. 1-3.
- COLAÇO, Álvaro – *História do Ensino da Medicina Operatória em Lisboa [...]*. [s.n.: s.l.], 1925.
- CORREIA DE CAMPOS, António – *Solidariedade Sustentada – Reformar a Segurança Social*. Gradiva: Lisboa, 2000.
- IDEM – *Os hospitais no sistema de saúde português*. Lisboa: Federação Internacional dos Hospitais, 1984.
- IDEM – *Saúde: o Custo de um Valor sem Preço*. Lisboa: EPLTC, 1983.
- CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge – *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina, 2011.



- IDEM – Introdução. In Cf. CORREIA DE CAMPOS, António; SIMÕES, Jorge [coord.] – *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina, 2014.
- IDEM – Caridade. In BARRETO, António [coord.] – *Fundação Calouste Gulbenkian – Cinquenta Anos: 1956-2006*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007, p. 197-235.
- COSME, João - As preocupações higio-sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e principio do XX. In *Revista da Faculdade de Letras do Porto: História*, vol. 7, III Série, 2006, p. 181-195.
- COSTA, A. Celestino da – O ensino da medicina através dos oito séculos de história portuguesa. [s.l.: s.n.], 1940, separata de *Imprensa Médica*, A.6.
- COSTA, Rui Manuel Pinto – *O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974): Afirmação, Legitimação e Ordenamento Profissional*. Porto, Universidade do Porto, 2009.
- COSTA, Sara - A Mendicidade é Proibida em Todo o País. In PAÇO, António Simões do (dir.) - *1946-1948. As Oportunidades Perdidas da Oposição*. Colecção Os Anos de Salazar, nº. 7. [s.l.]: Planeta DeAgostini, 2008, p. 141.
- COUTINHO, Maria Manuela – *A Assistência Social em Portugal: 1965/1971: Um Período Charneira*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, 1993. Tese de Mestrado.
- DIAS, José Pedro Sousa – *A Farmácia em Portugal: uma introdução à sua História 1338-1938*. Lisboa: Associação Nacional de Farmácias, 1994.
- DINIZ DA FONSECA, Carlos – *História e Actualidade das Misericórdias*. Mem Martins: Inquérito, 1996.
- DINIS DA GAMA, A. – João Cid dos Santos: Evocação da vida, pensamento e obra, na celebração do seu centenário. In *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II Série, nº.4 (Março 2008), p. 7-8.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – *O hospital português*. Lisboa: D.G.S., 1998.
- ESPING-ANDERSEN, G. – Orçamentos e democracia: o Estado-Providência em Espanha e Portugal, 1960-1986. In *Análise Social*, vol. XXVIII, nº. 122 (1993), p. 589-606.
- ESTEVES, Alexandra – Quando a doença chega por mar: o desenvolvimento do sanitarismo em Portugal, no século XIX. In *Revista CEPIHS*, nº. 6, 2016, p. 267-286.

- IDEM – Comer, sarar e descansar: o quotidiano do Hospital de Monção no século XIX. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de; PÉREZ ÁLVAREZ, Maria José [coord.] – *Do Silêncio à Ribalta: os Resgatados das Margens da História (Séculos XVI-XIX)*. Braga: Lab2PT, 2016, p. 101-117.
- IDEM – Entre o sanitarismo e a assistência: o serviço de inspeção e tratamento de toleradas do Dispensário de Higiene Social de Lisboa nos inícios do século XX. In *Anais do XVI Encontro Regional de História da ANPUH – Rio: Saberes e Práticas Científicas*. Rio de Janeiro :UFRJ, 2014, p. 1-11.
- IDEM – O Hospital Padre Luís Faria na assistência aos tuberculosos nas primeiras décadas do século XX. In *Estudos Regionais*, II Série, nº. 7, 2003, p. 97-109.
- FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS – Faleceu o Dr. António Galhordas. [Em linha], [cons. 25 Novembro 2016]. Disponível em WWW: <http://www.fnam.pt/index.php/informacoes/154-faleceu-o-dr-antonio-galhordas>
- FERNANDES, Vitor – *História da Medicina*. Porto: AEFMUP, 1990.
- FERREIRA, F.A. Gonçalves – *Obras Gonçalves Ferreira*. Vol I-III, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.
- IDEM - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- IDEM - *Moderna Saúde Pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- IDEM - *Sistemas de Saúde e Seu Funcionamento: Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo – O Caso Particular de Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1989.
- IDEM – *Política de saúde em Portugal. Uma experiência de definição legislativa e de organização de serviços*. Lisboa: SOPIME, 1972.
- FERREIRA, Nuno Estevão – *A Câmara Corporativa no Estado Novo: Composição, Funcionamento e Influência*. Lisboa: ICS, 2009. Tese de Doutoramento.
- FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – *Ao serviço da saúde: exposição comemorativa*. Lisboa: F.C.G., 2007.
- IDEM – *Fórum Gulbenkian de saúde: 50º aniversário*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009.
- FRAGA, Luís – O Serviço de Saúde Militar no Corpo Expedicionário Português em França, 1916-1918. [s.l: s.n.], 2006, separata das *Actas do XVI Colóquio de História Militar*, v.2.

- GAMA, João Domingos - *A importância do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana na luta anti-sezonática em Portugal*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, 2010.
- GARNEL, Maria Rita [coord.] – *O Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da I República*. Lisboa: C.N.C.C.R., 2010.
- GIÃO, Manuel – *O Serviço de Saúde na Campanha do Roussillon: Apontamentos para a sua História*. Lisboa: Empresa Literária Fluminense, 1925
- IDEM – Notas sobre o Serviço de Saúde Militar na Guerra da Restauração: a Terapêutica Seiscentista das Feridas de Guerra. Lisboa: [s.n.], 1940, separata do *Boletim da Direcção do Serviço de Saúde Militar*.
- GOEMAERE, Pierre – *Bissaya Barreto*. [Lisboa]: Fundação Bissaya Barreto, 2011.
- GOMES, Jesué Pinharanda – Dois sabugalenses historiadores das Misericórdias. In *Caapeia Arraiana* [Em linha], [cons. 19 de Abril 2016]. Disponível em WWW: <http://capeiaarraiana.pt/2015/06/07/dois-sabugalenses-historiadores-das-misericordias-2/>
- GOMES, Rui – Poder e saber sobre o corpo-a educação física no Estado Novo (1936-1945). In *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*, nº. 2/3, 1991, p. 109-136.
- GORJÃO, Vanda – *Mulheres em tempos sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2002.
- GRAÇA, Luis – No centenário do nascimento de um pioneiro e de um líder, a quem a nossa saúde pública muito deve: Coriolano Ferreira (1916-1996). In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, Maio-Agosto, 2016, p. 105-106.
- IDEM – História e memória da saúde pública. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33, 2015, p. 125-127.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE – Francisco Cambournac. [Em linha], [cons. 6 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/QuemSomos/historia/OutPerso/Paginas/FranciscoCambournac.aspx>
- INSTITUTO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA - PINTO, Luís Martim Machado. In *História da I República*. [Em linha], [cons. 15 Março 2013]. Disponível em WWW: [http://www.primeirarepublica.org/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2936:pinto-luis-martim-machado-1881-1948&Itemid=13](http://www.primeirarepublica.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2936:pinto-luis-martim-machado-1881-1948&Itemid=13)

- INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION– *Official Website of the International Hospital Federation* [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <http://www.ihf-fih.org/>
- JUSTO, Cipriano – *O estado das coisas de Estado: contribuição para a crítica das políticas de saúde em Portugal*. Porto: Campo das Letras, 2000.
- LA NOUVELLE ÉTOILE – *Notre Histoire*. [Em linha], [cons. 6 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: <http://www.nouvelle-etoile.org/notre-histoire/>
- LEITÃO, J. – *A história da medicina em Portugal desde a Idade Média ao princípio do século XX*. Lisboa: Academia das Ciências, 1986.
- LE MOS, Maximiliano – *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*. 2ª ed., Lisboa: Dom Quixote, 1991.
- IDEM – *Estudos de História da Medicina Peninsular*. Porto: Typ. A Vapor da Enciclopedia Portuguesa, 1916.
- LIMA, J. A. Pires de – *Epítome de historia da medicina portuguesa*. Porto: Portucalense Editora, 1943.
- LIPP – *Alfredo Bruto da Costa*. [Em Linha] [Consult. 30 Maio 2016]. Disponível em WWW: <http://www.lipp.pt/alfredo-bruto-da-costa.html>
- LISBOA, Pedro Eurico – *Relance sobre a História da Medicina Contemporânea: o último meio-século testemunhado inserido na ciência do tempo*. Lisboa: LIDEL, 2007.
- LOPES, Maria Antónia – Protecção social em Portugal na Idade Moderna. In LOPES, Maria Antónia; PAIVA, José Pedro [dir.] – *Portugaliae Monumenta Misericordiarum 7: Sob o signo da mudança. De D. José I a 1834*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2008, p. 87-90.
- IDEM - Os pobres e a assistência pública. In Mattoso, José [org.] – *História de Portugal*. Vol. 5º, Lisboa: Círculo de Leitores, 1993.
- MACEDO, Manuel Machado – *História da Medicina Portuguesa no século XX*. [Lisboa]: Clube do Coleccionador dos Correios, 2000.
- MANSOS, Maria do Pilar – *Do plano de educação popular ao plano de formação social e corporativa. Henrique Veiga de Macedo, Subsecretário de Estado da Educação Nacional (1949-1955) e Ministro das Corporações e Previdência Social (1955-1961)*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Tese de doutoramento.

- MARQUES, Alexandra - *O tratamento anti-rábico e a criação do Instituto Bacteriológico em Lisboa*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, 2010.
- MARTINS E SILVA, J. [et al.] – HORTA, Jorge da Silva. In *Perfil Biográfico dos Professores Catedráticos da Faculdade de Medicina* [Em linha], [cons. 28 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: [http://memoria.ul.pt/index.php/Horta, Jorge da Silva](http://memoria.ul.pt/index.php/Horta,_Jorge_da_Silva)
- MENDES, António Rosa [et al.; coord.] – *Contributo para a história da saúde no Algarve*. Faro: CEPHA/FCSHUA, 2013.
- MILLER GUERRA, J. e TOMÉ, F. – A profissão médica e os problemas da saúde e da assistência. In INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – *Análise Social* [Em Linha] [Consult. 11 Janeiro 2015]. Disponível em WWW: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224163517Y8mPQ8th7Nr46VF4.pdf>.
- MIRA, Ferreira de - *História da Medicina Portuguesa*. [s.n.: s.l.], 1948.
- MORAIS, Maria da Graça – *Causas de morte no século XX: Transição e estruturas de mortalidade em Portugal Continental*. Lisboa: Edições Colibri, 2002.
- NUNES, Adélia [et al.] – O “Ciclone” de fevereiro de 1941: análise histórico-geográfica dos seus efeitos no município de Coimbra. In *Cadernos de Geografia*. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, nº. 30-31, 2011-2012, p. 53-60
- OLIVEIRA, Inês Cavadas de – *Associação Protectora da Primeira Infância: Uma História Centenária*. Lisboa: Fundação Aboim Sande Lemos, 2015.
- O.M.S. – *Constitution of the World Health Organization*. [Em linha], [cons. 24 Fevereiro 2015]. Disponível em WWW: [http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf\\_files/constitution-en.pdf](http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf).
- PAGE, Maria Paula – *Políticas de Saúde portuguesas 1940-1990: Consolidação de um novo regime de poder entre a intenção da mudança e os limites da continuidade*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1998. Tese de Mestrado.
- PAIVA, José Pedro; FONTES, Paulo Oliveira – Introdução. In PAIVA, José Pedro (coord.) – *Monumenta Misericordiarum: Misericórdias e Secularização num século turbulento (1910-2000)*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, vol. 9, tomo I, 2010, p. 27.
- PATRIARCA, F. - Estado social: a caixa de Pandora. In F. Rosas e P. A. Oliveira - *A Transição Falhada*. Lisboa: Editorial Notícias, 2004, p. 171-212.

- IDEM - *A Questão Social no Salazarismo, 1930-1947*, 2 vols., Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1995.
- PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui [coords.] – Ciência, saúde e poder. In *Estudos do Século XX*, 5 (2005).
- PEREIRA, David – *Políticas Sociais em Portugal (1910-1926)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento.
- PEREIRA, Mário Monteiro – *História da Medicina Contemporânea*. Lisboa: Sociedade de Expansão Cultural, [1950].
- PEREIRA, Miriam Halpern - *Do Estado Liberal ao Estado Providência: Um Século em Portugal*. São Paulo: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2012.
- IDEM - As Origens do Estado-Providência em Portugal: As Novas Fronteiras entre Público e Privado. Separata de *A Primeira República Portuguesa entre o Liberalismo e o Autoritarismo*, Lisboa, Edições Colibri, 1999, p. 47-76.
- PEREIRA, Vítor - Emigração e Desenvolvimento da Previdência em Portugal. In *Análise Social*, vol. XLIV (192), 2009, p. 471-510.
- PEREIRINHA, José e CAROLO, Daniel - A Construção do Estado-Providência em Portugal: Evolução da Despesa Social de 1935 a 2003. Lisboa, Gabinete de História Económica e Social, 2009.
- IDEM – Construção do Estado Previdência em Portugal no Período do Estado Novo (1935-1974): notas sobre a evolução da despesa social. In *DE Working Papers*, n.º. 30, 2006, p. 9.
- PEREIRINHA, José A. [et al.] – *Prestações Sociais no Corporativismo Português: A Política de Apoio à Família no Período do Estado Novo*. Lisboa: Gabinete de História Económica e Social, 2009.
- PESSOA, Ana Maria Pires – *A Educação das Mães e das Crianças durante o Estado Novo: a Proposta de Maria Lúcia Vassalo Namorado*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005.
- PIMENTEL, Irene – *A Cada um o seu Lugar: A política feminina do Estado Novo*. [s.l.], Temas e Debates, 2011.
- IDEM - *Mocidade Portuguesa Feminina*. Lisboa: Esfera dos Livros, 2008.
- IDEM - *História das Organizações Feminina do Estado Novo*. Lisboa: Temas e Debates, 2008.
- IDEM - Natalismo e política materno-infantil no Estado Novo. In *Sexualidade e Planeamento Familiar*. Lisboa: A.P.F., 34 (maio/agosto), 2002, p. 22.

- IDEM - A Assistência Social e Familiar do Estado Novo nos Anos 30 e 40. In *Análise Social*, vol. XXXIV (151-152), 1999, p. 477.
- IDEM - O aperfeiçoamento da raça. A eugenia na primeira metade do século XX. In *História*, ano XX (nova série), nº. 3, Junho de 1998, p. 18-27.
- PINA, Luís de - História da História da Medicina em Portugal. Lisboa: [s.n., 1956.], separata de *Imprensa Médica*, 20.
- PITA, João Rui – Uma reflexão sobre a evolução da profissão: enquadramento histórico do farmacêutico. In AGUIAR, António Hipólito [org.] – *Farmacêuticos 2015: uma reflexão sobre a evolução da profissão*. Lisboa: AJE – Sociedade Editorial, 2005, p. 15-40.
- IDEM – *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra: Livraria Minerva, 1996.
- PITA, João Rui; PEREIRA, Ana Leonor – Liturgia higienista do século XIX – pistas para um estudo. In *Revista de História das Ideias*, 15 (1993), p. 437-559.
- IDEM – A Europa científica e a farmácia portuguesa na época contemporânea. In *Estudos do Século XX*, 2 (2002), p. 231-265.
- RAMOS, Luis Oliveira – Do Hospital de Todos os Santos à História hospitalar portuguesa. In *Revista da Faculdade de Letras: História*, II série, vol. X (1993), p. 135-159.
- REIS, Joana – *Melo e Castro: o provedor que dizia sim à democracia*. Alfragide: Casa das Letras, 2013.
- RODRIGUES, Ana Paula Gato - *Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: O papel da Enfermagem 1926-2002*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, 2013.
- ROSA, Álvaro Barros – *Da A.N.T. ao S.L.A.T: História sumária da instituição*. Lisboa: Serviços de Luta Antituberculosa, 1979.
- ROSENDO, Vasco – *O Mutualismo em Portugal: Dois Séculos de História e suas Origens*. [Lisboa]: Montepio Geral, 1996.
- SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia – *História Breve das Misericórdias Portuguesas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- SAAVEDRA, Mónica – *A malária em Portugal: histórias e memórias*. Lisboa: I.C.S., 2010.

- SAKELLARIDES, Constantino – *Lisboa, saúde e inovação: Do Renascimento aos dias de hoje*. Lisboa: Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública/Gradiva, 2008.
- SANTOS, António Pinto - *O combate à tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica. O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975)*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 2010.
- SANTOS, Boaventura Sousa – O Estado, a sociedade e as políticas sociais. O caso das políticas de saúde. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23 (setembro 1987), p. 13-23.
- SAMPAIO, Arnaldo – Evolução da política de saúde em Portugal depois da guerra de 1939-45 e suas consequências. In *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, V, 1981, p. 75-84.
- SARAIVA, Luís Costa; SAAVEDRA, Mónica – Prostituição, higiene social e profilaxia da sífilis. In BASTOS, Cristiana [coord.] – *Clínica, Arte e Sociedade: A sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2011.
- SENA, António Maria de – *Os alienados em Portugal – História e Estatística: o Hospital Conde de Ferreira*. Lisboa: Ulmeiro, 2003.
- SILVA, Armando Malheiro da – *Sidónio e Sidonismo*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.
- SILVA, Carlos Guardado da [coord.] – *História da Saúde e das Doenças*. Lisboa: Colibri, 2012.
- SILVA, Helena Ferreira da – *Do curandeiro ao diplomado: história da profissão da enfermagem em Portugal 1886-1955*. [Braga: s.n.], 2010. Tese de doutoramento em História Contemporânea.
- SIMÕES, Jorge – *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde. Da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina, 2004.
- SOARES, Maria Isabel – *Da Blusa de Brim à Touca Branca: Contributos para a história do ensino de enfermagem em Portugal, 1880-1950*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 1993. Tese de mestrado.
- [SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO] - *Sociedade São Vicente de Paulo em Portugal*. Porto, [s.n.], 1961.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL – Faleceu António Fernandes da Fonseca. In SOCIEDADE PORTUGUESA DE



- PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL – *Comunicados* [Em linha], [cons. 30 Março 2015]. Disponível em WWW: <http://www.sppsm.org/faleceu-antonio-fernandes-da-fonseca/>
- SOUSA, A. Tavares de - *Curso de História da Medicina: das Origens aos Fins do Século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.
- UNIVERSIDADE DE COIMBRA – PORTO, João Maria (1891-1967). [Em linha], [cons. 15 Março 2015]. Disponível em WWW: [http://www.uc.pt/org/historia\\_ciencia\\_na\\_uc/autores/PORTO\\_joaomaria](http://www.uc.pt/org/historia_ciencia_na_uc/autores/PORTO_joaomaria)
- UNIVERSIDADE DE LISBOA – LANDEIRO, Fausto Nunes. In *Memória da Universidade de Lisboa* [Em linha], [cons. 6 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW: [http://memoria.ul.pt/index.php/Landeiro\\_Fausto\\_Nunes](http://memoria.ul.pt/index.php/Landeiro_Fausto_Nunes)
- UNIVERSIDADE DO PORTO – Antigos Estudantes Ilustres da Universidade do Porto. In *Memória da Universidade do Porto* [Em linha], [cons. 30 Março 2015]. Disponível em WWW: [https://sigarra.up.pt/up/pt/web\\_base.gera\\_pagina?p\\_pagina=antigos%20estudantes%20ilustres%20-%20albino%20aroso](https://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=antigos%20estudantes%20ilustres%20-%20albino%20aroso)
- VARANDA, Jorge – Crossing colonies and empires: the health services of Diamond Company of Angola. In *Crossing colonial historiographies*. Cambridge: Cambridge Schoolars, 2010, p. 165-184.
- VARELA, Raquel – A «eugeniação da força de trabalho» e o fim do pacto social. Notas para a história do trabalho, da segurança social e do Estado em Portugal. In Raquel Varela (coord.) – *A Segurança Social é Sustentável: Trabalho, Estado e Segurança Social em Portugal*. Lisboa: Bertrand Editora, 2013.
- IDEM - *Greves e conflitos sociais no Portugal contemporâneo*. Lisboa: Edições Colibri, 2012.
- WALL, Karin – A intervenção do Estado: políticas públicas de família. In ALMEIDA, Ana Nunes de – *História da Vida Privada em Portugal: Os nossos dias*. Vol. 4, Lisboa: Círculo de Leitores, 2011, p. 340-374.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneve: W.H.O., 2000.

## **APÊNDICE**

### **CRONOLOGIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO ESTADO NOVO DE SALAZAR (1933-1968)**



## 1933

---

Criação do *Subsecretariado de Estado das Corporações e da Previdência Social* - DECRETO nº. 22428 (10-04-1933).

Criação da *Direcção-Geral de Saúde Escolar*, no seio do *Ministério da Instrução Pública* - DECRETO-LEI nº. 22751 (28-06-1933).

Especificação das atribuições do médico escolar - DECRETO nº. 22752 (28-06-1933).

Autorização para a construção de dois hospitais escolares; Institui comissão administrativa para dirigir obras de construção - DECRETO-LEI nº. 22917 (31-07-1933).

Nova Constituição (23-09-1933).

Criação das casas do povo - DECRETO nº. 23051 (23-09-1933).

*Estatuto do Trabalho Nacional* - (23-09-1933).

Criação do *Instituto Nacional do Trabalho e da Previdência* - DECRETO-LEI nº. 23053 (23-09-1933).

Regulação do pagamento das despesas dos doentes pobres e indigentes pelas câmaras municipais - DECRETO-LEI nº. 23348 (13-12-1933).

Regulamentação do exercício da Farmácia: os directores técnicos serão obrigatoriamente os seus proprietários - DECRETO nº. 23422 (29-12-1933).

## 1934

---

*I Congresso da União Nacional* – 5ª Subsecção “Saúde e Assistência” - (26 a 28-05-1934).

Criação do *Montepio dos Servidores do Estado* - DECRETO-LEI nº. 24046 (21-06-1934).

Implementação dos primeiros centros de saúde a nível local - DESPACHO MINISTERIAL (10-10-1934).

Henrique Linhares de Lima nomeado ministro do Interior (23-10-1934).

Constituição de Comissão Técnica para a construção dos hospitais escolares.

## 1935

---

Adesão de Portugal à Convenção Internacional para a protecção da dengue - (09-01-1935).

Início da I Legislatura – (10-01-1935).

Lei da Previdência Social - LEI nº. 1884 (16-03-1935).

Instituída a Comissão Administrativa dos Novos Edifícios Universitários, à qual competia a construção dos hospitais escolares - DECRETO-LEI nº. 25352 (17-05-1935).

Criação de cursos de puericultura e de higiene geral nas escolas secundárias - LEI nº. 1916 (25-05-1935).

Criação do *Instituto de Medicina Tropical* - LEI nº. 1920 (29-05-1935).

Regulamentação das caixas sindicais de previdência - DECRETO nº. 25935 (12-10-1935).

Criação da *Organização Nacional Lar Português* - DECRETO-LEI nº. 25936 (12-10-1935).

Criação do *Sindicato Nacional dos Farmacêuticos*, da *Caixa Financial Farmacêutica* e da *União dos Farmacêuticos de Portugal*.

## 1936

---

Mário Pais de Sousa é nomeado ministro do Interior – (18-01-1936).

Remodelação do *Ministério da Instrução Pública*, passando a denominar-se de *Ministério da Educação Nacional* - LEI nº. 1941 (04-11-1936).

Criação da *Obra das Mães pela Educação Nacional*, pelo ministro António Carneiro Pacheco.

Novo Código Administrativo - DECRETO-LEI nº. 27424 (31-12-1936).

## 1937

---

Realização, em Portugal, da X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose.

Introdução da licença de parto no sector industrial - LEI nº. 1952 (10-03-1937).

Criação das casas dos pescadores - LEI nº. 1953 (11-03-1937).

Reforma dos serviços de assistência - DECRETO-LEI nº. 27610 (01-04-1937).

Regulamentação das caixas de reforma ou previdência - DECRETO nº. 28321 (27-12-1937).

## 1938

---

Criação da *Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos*, sob dependência da *Direcção-Geral de Saúde* - DECRETO- LEI nº. 28493 (19-02-1938).

Previsão da criação de uma Leprosaria Nacional, utilizando o legado de Rovisco Pais - DECRETO-LEI nº. 29122 (15-11-1938).

Criação do Sindicato Nacional dos Médicos, que viria a tomar o nome de *Ordem dos Médicos* - DECRETO-LEI nº. 29171 (24-11-1938).

A *Obra das Mães* passa a realizar anualmente a Semana da Mãe.

Criação da *Maternidade Júlio Dinis*, no Porto.

Início da II Legislatura (25-11-1938).

Criação do *Grémio Nacional de Farmácias*.

## 1939

---

Aprovação do anteprojecto para a construção dos hospitais escolares.

Criação da carteira profissional do farmacêutico e sua regulação.

## 1940

---

### INICIO DA I FASE DE FOMENTO SANITÁRIO E ASSISTÊNCIAL

Criação do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*, no seio do *Ministério do Interior* - DECRETO-LEI nº. 30692 (27-08-1940).

Joaquim Dinis da Fonseca – Subsecretário de Estado da Assistência Social.

Joaquim Trigo de Negreiros – Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social.

Atribuição ao Governo da possibilidade de criação de caixas de reforma ou previdência - DECRETO nº. 30711 (29-08-1940).

António José Pereira Flores – Bastonário da *Ordem dos Médicos*.

Criação da Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos.

Novo Código Administrativo - DECRETO-LEI nº. 31095 (31-12-1940).

## 1941

---

Grande Ciclone, que atingiria as zonas ribeirinhas do território continental – (15-02-1941).

Autorização da instalação, abertura e funcionamento do *Hospital Júlio de Matos* - DECRETO-LEI nº. 31345 (27-07-1941).

Remodelação dos serviços de assistência social; indicação das necessidades de assistência e do seu solucionamento - DECRETO-LEI nº. 31666 (22-11-1941).

A *Fundação Rockefeller* retira-se de Portugal.

## 1942

---

*I Jornada das Mães de Família* (13/14-07-1942).

Início de uma grande epidemia de difteria, à escala europeia, que atingiria Portugal.

Lei do Exercício da Medicina - DECRETO-LEI nº. 32171 (29-07-1942).

Implementação do Abono de Família - DECRETO-LEI nº. 32192 (13-08-1942).

Extinção da *Direcção-Geral de Saúde Escolar*. Criação da *Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar* - DECRETO-LEI nº. 32241 (05-09-1942).

Reorganização dos serviços da *Misericórdia de Lisboa* - DECRETO-LEI nº. 32255 (12-09-1942).

Publicação do *Relatório Beveridge*, no Reino Unido.

Início do surto reivindicativo do operariado industrial. Movimento de grande agitação social (10-1942).

Início da III Legislatura (25-11-1942).

Reforma da *Escola de Enfermagem Artur Ravara*; ampla revisão do ensino da enfermagem - DECRETO-LEI nº. 32612 (31-12-1942).

## 1943

---

Publicação, em Portugal, de várias traduções do *Plano Beveridge*, com comentários críticos de Marques Guedes e Francisco Ramos dos Santos, entre os mais importantes.

*II Jornadas das Mães de Família*.

Criação do *Instituto Maternal* - DECRETO-LEI nº. 32651 (02-02-1943).

Alargamento do Abono de Família aos funcionários públicos.

Período de grave crise política e social agravada pelo período de instabilidade decorrente da II Guerra Mundial.

As Caixas de Reforma ou Previdência e outras instituições corporativas passam a poder, mediante acordo, utilizar reciprocamente as suas estruturas, bem como as existentes nas misericórdias - DECRETO-LEI nº. 32674 (20-02-1943).

Aviso da *Direcção-Geral de Saúde* para o cumprimento da vacinação obrigatória contra a varíola - AVISO DA D.G.S (25-05-1943).

Nova orgânica da *Direcção-Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar* - DECRETO nº. 32946 (03-08-1943).

Início de um aumento reiterado dos subsídios estatais dirigidos às misericórdias.

Tendência de crescimento do total de maternidades e enfermarias de parto no país.

## 1944

---

Continuação do surto grevista e de grande agitação social em todo o país.

O Abono de Família deixa de ser canalizado apenas para o “chefe de família” e alarga-se a ambos os sexos - DECRETO-LEI nº. 33512 (29-01-1944).

Aumento de regalias assistenciais aos funcionários públicos tuberculosos - DECRETO-LEI nº. 33549 (23-02-1944).

*II Congresso da União Nacional* - 17ª Subsecção: higiene, saúde pública e assistência.

Publicação do *Estatuto da Assistência Social* - LEI nº. 1998 (15-05-1944).

Guilherme Possolo - director-geral de Assistência.

Fernando de Freitas Simões - bastonário da *Ordem dos Médicos*.

Remodelação ministerial do governo de Salazar: “Revolução de Setembro”:

Júlio Botelho Moniz - ministro do Interior – (06-09-1944).

António Júlio Castro Fernandes – subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social.

Marcello Caetano propõe a criação de um *Ministério da Assistência Social*. Salazar declina.

Toma posse uma comissão técnica, dirigida pelo ministro do Interior, para proceder ao estudo do problema hospitalar em Portugal.

Início da utilização da estreptomicina para o tratamento da tuberculose.



## 1945

---

Joaquim Trigo de Negreiros – subsecretário de Estado da Assistência Social.

Aumento dos encargos para construção dos hospitais escolares - DECRETO-LEI nº. 34420 (26-02-1945).

Bases reguladoras da assistência psiquiátrica - LEI nº. 2006 (11-04-1945).

Regulamento da assistência psiquiátrica - DECRETO nº. 34502 (18-04-1945).

Publicação da Lei Orgânica do *Subsecretariado de Estado da Assistência Social* - DECRETO-LEI Nº. 35108 (07-11-1945).

Criação do *Instituto de Assistência à Família* - DECRETO-LEI nº. 35108 (07-11-1945).

Início da IV Legislatura (26-11-1945).

Implementação do Fundo de Socorro Social - DECRETO-LEI nº. 35427 (31-12-1945).

Início da progressiva integração das caixas de abono de família no sistema previdencial.

Nacionalização e remodelação da *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, que passa a denominar-se *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*.

Fleming descobre a penicilina e ganha o prémio Nobel.

## 1946

---

Aprovado, no Reino Unido, o *National Health Service Act* - (03-1946).

Nomeação de uma comissão para debate do problema do regime dualista das misericórdias.

Lançamento das bases para uma assistência hospitalar regionalizada - LEI nº. 2011 (1946-04-02).

Especificação das atribuições da Comissão de Construções Hospitalares - DECRETO nº. 35621 (1946-04-30).

São aprovados os estatutos da CÁRITAS – União de Caridade Portuguesa – (09-05-1946).

Criação da *Federação das Caixas de Previdência – Serviços Médico-Sociais* - SUBSECRETARIADO DE ESTADO DAS CORPORAÇÕES E PREVIDÊNCIA – PORTARIA de 13 de Junho 1946.

Criação da O.M.S. pela Carta das Nações Unidas - (22-07-1946).

Fernando da Silva Correia torna-se director do *Instituto Central de Higiene* Doutor Ricardo Jorge.

Reforma do curso de Medicina Sanitária lecionado no Instituto Central de Higiene Doutor Ricardo Jorge - DECRETO nº. 36050 (18-12-1946).

## 1947

---

Retoma funções, após a II Guerra Mundial, a *Federação Internacional dos Hospitais*, sediada em Londres.

Proibição da mendicidade em todo o país - DECRETO-LEI nº. 36448 (08-01-1947).

Augusto Cancela de Abreu é nomeado ministro do Interior – (04-02-1947).

Reforma do ensino da enfermagem - DECRETO-LEI nº.36219 (10-04-1947).

Integração do Parque Sanitário na *Direcção-Geral de Saúde* e suas atribuições - DECRETO nº. 36361 (20-06-1947).

Por decisão do Conselho de Ministros, é retirada a cátedra ao Professor Francisco Pulido Valente, considerado “desafeto” à política do Estado Novo – (06-1947).

O Professor João Cândido da Silva Oliveira, docente da Faculdade de Medicina de Lisboa, é aposentado compulsivamente, sendo reintegrado no mesmo ano face ao coro de protestos levantado.

Implementação do Plano Nacional contra a Lepra; criação do *Instituto de Assistência aos Leprosos*; Lepra: doença de declaração obrigatória - DECRETO-LEI nº. 36450 (02-08-1947).

Inauguração da *Leprosaria Nacional Rovisco Pais* - DECRETO nº. 36451 (02-08-1947).

Divisão do país em zonas, regiões e sub-regiões hospitalares - DECRETO nº. 36600 (22-11-1947).

O Fundo de Socorro Social passa a ser essencialmente canalizado para a repressão da mendicidade - DECRETO-LEI nº. 36604 (24-11-1947).

## 1948

---

Início da publicação da revista *Hospitais Portugueses*, dirigida por Coriolano Ferreira.

António Mota Veiga – subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social.

Manuel Cerqueira Gomes – bastonário da *Ordem dos Médicos*.

Augusto Travassos – director-geral de Saúde.

A O.M.S. inicia a sua laboração.

Entre em vigor o *National Health Service Act*, no Reino Unido – (06-07-1948).

Publicação da *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, aprovada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas.

Inaugurado novo bloco hospitalar no *Instituto Português de Oncologia*.

## 1949

---

Reorganização dos serviços de enfermagem nos hospitais dependentes do *Ministério do Interior* e do *Ministério da Educação Nacional* - DECRETO-LEI nº.37418 (18-05-1949).

Publicação da lei de bases de luta contra as doenças infecciosas - LEI nº. 2036 (09-08-1949).

Criação do *Dispensário Anti-Rábico do Porto* - DECRETO-LEI nº. 37627 (24-11-1949).

Início da V Legislatura - (25-11-1949).

A *Ordem dos Médicos* emite uma circular intitulada “Sobre a Organização Social da Medicina”.

Egas Moniz recebe o Prémio Nobel da Medicina.

As instituições de previdência e os organismos corporativos podem utilizar os serviços de saúde da assistência, ao nível dos exames complementares de diagnóstico.

## 1950

---

Tabela de doenças contagiosas de declaração obrigatória - PORTARIA nº. 13031 (05-01-1950).

Criação da *Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria* – (21-1-1950).

Regulamentação da prestação de serviços de saúde e assistência pelas caixas de reforma ou previdência e pelas caixas sindicais - DECRETO nº. 37762 (24-02-1950).

Publicação da legislação sobre os meios de combate contra a tuberculose, que passa a obter coordenação estatal - LEI nº. 2044 (20-07-1950).

O *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos* passa a depender do *Ministério do Interior* - LEI nº. 2044 (20-07-1950).

Início da vacinação B.C.G. contra a tuberculose, em alguns dispensários do *Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos*.

Trigo de Negreiros é nomeado ministro do Interior – DECRETO nº. 37930 (02-08-1950).

Coriolano Ferreira torna-se administrador dos *Hospitais da Universidade de Coimbra*.

Criação do *Ministério das Corporações e Previdência Social* - (02-08-1950).

José Soares da Fonseca é nomeado ministro das Corporações e Previdência Social - (02-08-1950).

Publicação dos novos estatutos da CÁRITAS.

A previdência introduz prestação de subsídio pecuniário em caso de doença.

## 1951

---

Alberto Ribeiro Queirós é nomeado subsecretário de Estado da Assistência Social - DECRETO nº. 38190 (1951-03-05).

*III Congresso da União Nacional* – (22/24-11-1951).

Revisão Constitucional: introduz artigo 6º no nº. 4 da Constituição de 1933, apontando ao Estado a responsabilidade de defesa da saúde pública.

Criação de postos de medicamentos de urgência nos meios rurais.

Utilização de novos insecticidas para travar a disseminação da malária.

O *Instituto de Malariologia de Águas de Moura* é escolhido, pela O.M.S., para nele se efectuar um curso internacional de paludismo.

## 1952

---

Publicação do Regulamento das Escolas de Enfermagem - DECRETO nº.38885 (28-08-1952).

Regulação do funcionamento dos cursos de enfermagem, serviço social e administração hospitalar - DECRETO-LEI nº.38884 (28-08-1952).

O *Hospital Escolar de Santa Marta* é integrado nos *Hospitais Cíveis de Lisboa* - DECRETO-LEI nº. 38895 (05-09-1952).

Realiza-se, em Portugal, a 2ª Sessão Ordinária do Comité Regional da Europa da O.M.S. – (25-09-1952).

Na Conferência Internacional do Trabalho, a Organização Internacional do Trabalho emana normas jurídicas, nomeadamente uma norma mínima de segurança social.

Realização do *I Congresso Nacional de Protecção à Infância*.

## 1953

---

Agostinho Joaquim Pires é nomeado director-geral de Assistência.

Criação de 3 centros de cirurgia torácica para o tratamento da tuberculose, na zona norte, centro e sul - PORTARIA nº. 14234 (20-01-1953).

Inauguração do *Hospital Escolar de Lisboa* – (27-04-1953).

Representação portuguesa no 8º Congresso da *Federação Internacional dos Hospitais*, em Londres – (25/30-05-1953).

Representação portuguesa na V Reunião da *Federação Mundial para a Saúde Mental*, em Bruxelas – (08-1953).

Autorização para a implementação, na zona norte, do *Hospital Psiquiátrico de Magalhães Lemos* e do *Asilo de Travanca* - DECRETO-LEI nº. 39306 (10-08-1953).

Início da VI Legislatura – (25-11-1953).

Registado o último caso de varíola em Portugal.

A malária é eliminada da bacia do Sado.

## 1954

---

Portugal aprova o Regulamento nº. 1 da O.M.S., assinado em Genebra, em 1948 - DECRETO-LEI nº. 39721 (1954-07-03).

José Guilherme de Melo e Castro é nomeado subsecretário de Estado da Assistência Social – (12-05-1954).

Implementação do serviço médico permanente pelos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*.

Realização da Festa de Consagração da Medicina.

O Hospital Escolar de Lisboa toma a designação de *Hospital de Santa Maria* - DECRETO-LEI nº. 39927 (1954-11-24).

Legislada a responsabilidade pelos encargos em matéria de assistência hospitalar - DECRETO-LEI nº. 39805 (1954-09-04).

A vacina B.C.G. passa a ser aplicada em todos os estabelecimentos de assistência às crianças dependentes ou subsidiados pelo *Subsecretariado de Estado da Assistência Social*.

## 1955

---

Henrique Veiga de Macedo é nomeado ministro das Corporações e Previdência Social – (07-07-1955).

Augusto da Silva Travassos, director-geral de saúde, é nomeado representante de Portugal na 5ª reunião do comité regional da Europa, da O.M.S. - PORTARIA (30-08-1955).

Portugal passa a integrar o Conselho Executivo da O.M.S.

Publicação da legislação que regulava a assistência aos funcionários civis tuberculosos, alargando-se aos aposentados - DECRETO-LEI nº. 40365 (29-10-1955).

Criada a Comissão Permanente da Farmacopeia Portuguesa, na *Direcção-Geral de Saúde* - DECRETO-LEI nº. 40462 (27-12-1955).

Portugal integra visita de estudo a Itália, organizada pela *Federação Internacional dos Hospitais*.

Portugal realiza missão de estudo ao *IX Congresso Internacional dos Hospitais*, realizado em Lucerna.

## 1956

---

O director-geral da O.M.S., Marcolino Candau, faz uma visita oficial a Portugal.

*IV Congresso da União Nacional: 3ª Secção “Vida Social”* – (05/06-1956).

Publicados os novos estatutos da *Ordem dos Médicos* – DECRETO-LEI nº. 40651 (21-06-1956).

Criação da *Fundação Calouste Gulbenkian* e publicação dos seus estatutos - DECRETO-LEI nº. 40690 (18-07-1956).

## 1957

---

Publicação do novo regulamento geral dos organismos especiais de sanidade e assistência - DECRETO-LEI nº. 40974 (11-01-1957).

Emídio Beirão Pires da Cruz - subsecretário de Estado da Assistência Social - DECRETO nº. 41137 (03-06-1957).

Criação da *Liga Portuguesa de Higiene Escolar*.

Erradicação total da malária no território continental.

Criação da Federação das Casas do Povo - DECRETO-LEI nº. 41286 (23-09-1957).

Portugal ratifica o regulamento adicional adoptado pela *9ª Assembleia Mundial de Saúde*, relativo ao modelo de certificado internacional de vacinação e revacinação contra a varíola - DECRETO-LEI nº. 41304 (01-10-1957).

Início da VII Legislatura – (25-11-1957).

Instituição da Comissão Técnica de Novos Medicamentos, junto da *Direcção-Geral de Saúde* - DECRETO nº. 41448 (18-12-1957).

Nova tabela de doenças contagiosas de declaração obrigatória, com inclusão da raiva e do tétano - PORTARIA nº. 16523 (27-12-1957).

Publicação de decreto que designa a constituição da Comissão de Construções Hospitalares - DECRETO-LEI nº. 41974 (31-12-1957).

## 1958

---

### INICIO DA II FASE DE FOMENTO SANITÁRIO E ASSISTENCIAL

Criação do *Instituto Nacional do Sangue* - DECRETO-LEI nº. 41498 (02-01-1958).

Visita a Portugal do Grupo Itinerante de Estudos de Administração de Saúde Pública, da O.M.S. - DECRETO-LEI nº. 41551 (06-03-1958).

Celebração do acordo entre os *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* e a *Direcção-Geral de Assistência*, de forma a incluir no seu esquema o internamento hospitalar para intervenções de cirurgia geral - DECRETO-LEI nº. 41595 (23-04-1958).

Período de grave crise interna do regime – Eleições Presidenciais – (08-07-1958).

Criação do *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, na dependência da *Direcção-Geral de Assistência* - DECRETO-LEI nº. 41759 (25-07-1958).

Criação do *Ministério da Saúde e Assistência* - DECRETO-LEI nº. 41825 (13-08-1958).

Henrique Martins de Carvalho – ministro da Saúde e Assistência.

Trigo de Negreiros é exonerado do cargo de ministro do Interior. É substituído, na pasta, por José Pires Cardoso - DECRETO nº. 41826 (14-08-1958).

Os médicos da Secção Regional de Lisboa da *Ordem dos Médicos* reúnem-se numa assembleia onde nomeiam uma comissão para estudar e propor soluções para os problemas da profissão – (08-1958).

Aumento da dotação do *Ministério das Obras Públicas* para os encargos de construção e equipamento dos hospitais escolares de Lisboa e Porto - DECRETO-LEI nº. 41976 (26-11-1958).

Autorização da publicação do *Jornal da CÁRITAS*, sem sujeição a censura prévia.

Humberto Delgado cria uma comissão com o objectivo de convidar Aneurin Bevan para vir a Portugal.

As conferências de Bevan e a sua visita a Portugal não são autorizadas pelo regime – (11-11-1958).

A Fundação Calouste Gulbenkian introduz um fundo anual de 1000 contos canalizado para as misericórdias.

Assinado acordo entre os *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência* e a *Junta Central das Casa do Povo* para aproveitamento de instalações e serviços.

O *Ministério da Saúde e Assistência* passa a gerir o Fundo de Socorro Social.

## 1959

---

Criação de uma comissão interministerial permanente entre o *Ministério da Saúde e Assistência* e o *Ministério da Educação Nacional* - DECRETO-LEI nº. 17058 (10-03-1959).

Reorganização do *Instituto Superior de Higiene Ricardo Jorge* e do *Centro Nacional da Gripe*, dependentes da *Direcção-Geral de Saúde* - DECRETO-LEI nº.42195 (27-03-1959).

Publicação da lei estrutural do *Ministério da Saúde e Assistência* - DECRETO-LEI nº. 42210 (13-04-1959).

O presidente do Conselho Geral da *Ordem dos Médicos* passa a ter lugar no Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, enquanto vogal efectivo - DECRETO-LEI nº. 42210 (13-04-1959).

Criação da Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa - PORTARIA nº. 17143 (29-04-1959).

Criação da Comissão Inter-Hospitalar do Porto - PORTARIA nº. 17241 (26-06-1959).

Criação de uma comissão mista entre o *Ministério da Saúde e Assistência* e o *Ministério do Ultramar* para a formação de profissionais de saúde - PORTARIA nº. 17248 (01-07-1959).

Criação do *Hospital Escolar do Porto* e sua integração no património do Estado – (24-07-1959).

Criação da Colónia Agrícola do Lorvão - DECRETO-LEI nº. 42490 (04-09-1959).

Agilização das funções das comissões arbitrais de Lisboa e Porto, de forma a assegurarem o pagamento dos encargos assistenciais - DECRETO-LEI nº. 42596 (19-10-1959).

Criação da primeira urgência psiquiátrica em Portugal, no *Hospital Júlio de Matos*, a funcionar 24 horas.

Henrique Martins de Carvalho faz uma visita oficial ao Brasil, inaugurando o *Hospital Real Beneficência Portuguesa de São Paulo*.

O ministro da Saúde e Assistência discursa na XII *Assembleia Mundial de Saúde*, da O.M.S., em Genebra.

Passa a ser comparticipada a assistência médica e medicamentosa aos beneficiários da Federação das Caixas de Previdência, alguns dos seus familiares e reformados por invalidez e velhice.



A comissão da *Ordem dos Médicos* para solucionar os problemas da profissão apresenta o *Estudo da Carreira Médica*.

A *Ordem dos Médicos* é chamada para uma presença activa na comissão inter-ministerial responsável pelo estudo da medicina praticada nos *Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência*.

*IV Congresso das Misericórdias* – Comemorações do V Centenário da Rainha D. Leonor.

O Fundo de Socorro Social passa a ser anualmente canalizado para uma causa específica. Em 1959 será a luta contra a mendicidade.

## 1960

---

Os fundos relativos à Campanha de Auxílio aos Pobres de Inverno ou Socorro de Inverno passam a reverter para o Fundo de Socorro Social - DECRETO-LEI nº. 42866 (02-03-1960).

Torna extensivo aos conjugues e descendentes dos funcionários civis tuberculosos o direito à assistência em caso de tuberculose - DECRETO-LEI nº. 42953 (27-04-1960).

Tabela de medicamentos sujeitos a receita médica - DESPACHO (05-01-1960).

Martins de Carvalho institui as “visitas de serviço”, no *Ministério da Saúde e Assistência*.

O *Ministério da Saúde e Assistência* publica um regulamento de atribuição de bolsas de estudo, através da *Direcção-Geral de Assistência* - DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. 311/1 A (28-05-1960).

Os bastonários da *Ordem dos Médicos* passam a ter presença efectiva enquanto procuradores da Câmara Corporativa - DECRETO-LEI nº. 43178 (23-09-1960).

Criação da Federação das Caixas de Previdência – Obras Sociais - PORTARIA nº. 17967 (23-09-1960).

Concessão aos beneficiários da Federação das Caixas de Previdência e seus familiares com direito a assistência médica, os medicamentos manipulados e especialidades farmacêuticas de produção nacional - PORTARIA nº. 17964 (23-09-1960).

Torna extensiva aos reformados, por invalidez ou velhice, das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou previdência, a assistência médica e medicamentosa inerente aos restantes funcionários - PORTARIA nº. 17966 (23-09-1960).

A repressão da mendicidade passa a ficar sob a égide do *Ministério do Interior*. Criação do Serviço de Repressão da Mendicidade - DECRETO-LEI nº. 43280 (29-10-1960).

Amadeu Lobo da Costa redige um longo relatório sobre o estado da questão da saúde, assistência e previdência em Portugal, a pedido do ministro da Saúde e Assistência, Henrique Martins de Carvalho.

A tuberculose passa a ser considerada uma doença contagiosa de declaração obrigatória - PORTARIA nº. 18143 (21-12-1960).

Participação da delegação portuguesa na XIII *Assembleia Mundial de Saúde*, da O.M.S., sendo eleita para a comissão de designações da Organização.

Realização da 1ª Reunião Luso-Espanhola sobre problemas de saúde e assistência, em Madrid.

Campanha do Fundo de Socorro Social: fornecer ortóteses aos inválidos pobres e indigentes e um melhor apetrechamento dos serviços de sangue.

Os hospitais sub-regionais são desaconselhados a se apetrecharem de serviços de cirurgia e medicina altamente especializados - DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA - CIRCULAR nº. 85/1-B.

Portugal organiza o Curso Internacional de Leprologia, no *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, respondendo a um apelo da O.M.S.

## 1961

---

As receitas do Fundo de Socorro Social devem ser aplicadas na prevenção e repressão da mendicidade e na assistência aos mendigos, num montante não inferior a 60% das receitas totais - DECRETO-LEI nº. 43474 (18-01-1961).

Autorização para o pagamento de remunerações complementares ao pessoal médico dos hospitais centrais, enquanto não fosse publicada legislação específica - DECRETO-LEI nº. 43580 (03-04-1961).

Regulação do regime para abertura e transferência de farmácias e para a abertura de postos de medicamentos - PORTARIA nº. 18323 (13-04-1961).

Torna extensível a assistência médica e medicamentosa à família dos reformados, por invalidez e velhice, das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma ou previdência - PORTARIA nº. 18460 (04-05-1961).

Publicação do *Relatório das Carreiras Médicas*.

Autorização de instalação de postos de medicamentos em locais situados a mais de 5 km da farmácia mais próxima - DECRETO-LEI nº. 43724 (07-06-1961).

Regime de instalação e funcionamento de postos de medicamentos - PORTARIA nº. 18519 (07-06-1961).

Torna possível que, por ordem do ministro da Saúde e Assistência, determinados hospitais sub-regionais passem a funcionar como extensões ou apoios dos hospitais regionais da mesma área - DECRETO-LEI nº. 43754 (24-06-1961).

Criação do Conselho Técnico de Leprologia, junto ao *Instituto de Assistência aos Leprosos* - DECRETO-LEI nº. 43756 (28-06-1961).

Criada a comissão de reapetrechamento dos hospitais, no *Ministério da Saúde e Assistência* - DECRETO-LEI nº. 43760 (29-06-1961).

Criada a comissão de normalização administrativa, no *Ministério da Saúde e Assistência*.

Criação da *Direcção-Geral dos Hospitais* - DECRETO nº. 43853 (10-08-1961).

Aprovação do Regulamento das Comissões Inter-Hospitalares - PORTARIA nº. 18752 (29-09-1961).

Aprovado o Regulamento Interno dos Hospitais Regionais.

Final da fase experimental das Comissões Inter-Hospitalares. Início do funcionamento da Central de Orientação dos Doentes de Lisboa.

Início da VIII Legislatura – (25-11-1961).

Definição de conceitos técnicos ligados à mortalidade infantil e ao aborto - DECRETO-LEI nº. 44128 (28-12-1961).

A assistência médica e medicamentosa é extensível à família dos reformados abrangidos pela Federação das Caixas de Previdência.

## 1962

---

A *Direcção-Geral de Saúde* passa a orientar e a inspecionar os serviços a cargo dos médicos municipais, não obstante as competências das câmaras municipais a esse nível - DECRETO-LEI nº. 44165 (20-01-1962).

Atribuição de subsídios para as misericórdias, através da *Direcção-Geral de Assistência*, no sentido de efectuarem os cortejos de oferendas - DIRECÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA – CIRCULAR nº. C-11/62 – 2B (26-01-1962).

Obrigatoriedade da vacinação antitetânica e antidiftérica - DECRETO-LEI nº. 44198 (20-02-1962).

Regulação da actividade farmacêutica hospitalar - DECRETO-LEI nº. 44204 (22-02-1962).

O *Ministro da Saúde e Assistência* passa a poder destacar funcionários dos vários departamentos do Ministério para assegurar o funcionamento e a instalação da *Direcção-Geral dos Hospitais* - DECRETO-LEI nº. 44320 (03-04-1962).

Criação da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais - DECRETO-LEI nº. 44307 (27-04-1962).

Passa a ser possível o internamento compulsivo de doentes tuberculosos suspeitos de grave perigo de contágio, por decisão do I.A.N.T. - DECRETO-LEI nº. 44439 (30-06-1962).

Regulação do pagamento dos encargos assistenciais - DECRETO-LEI nº. 44450 (04-07-1962).

Orgânica e atribuições da *Direcção-Geral dos Hospitais* - PORTARIA nº. 19221 (05-06-1962).

Reforma da Previdência Social - LEI nº. 2115 (18-06-1962).

Exoneração de Henrique Martins de Carvalho do cargo de ministro da Saúde e Assistência - DECRETO nº. 44753 (04-12-1962).

Pedro Soares Martinez é nomeado ministro da Saúde e Assistência - DECRETO nº. 44756 (04-12-1962).

Inocêncio Galvão Teles - ministro da Educação Nacional.

João José Lobato Guimarães - bastonário da *Ordem dos Médicos*.

## 1963

---

Nova legislação sobre a orientação e coordenação do Fundo de Socorro Social - DECRETO-LEI nº. 44854 (16-01-1963).

Publicação da Lei da Saúde Mental - LEI nº. 2118 (03-04-1963).

Criação da Assistência na Doença dos Servidores do Estado (A.D.S.E.) - DECRETO-LEI nº. 45002 (27-04-1963).

Publicação do Estatuto da Saúde e da Assistência - LEI nº. 2120 (19-07-1963).

Publicação do *Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Previdência* - DECRETO nº. 45266 (23-09-1963).

Pedro Soares Martinez é exonerado do cargo de ministro da Saúde e Assistência - DECRETO nº. 45306 (15-10-1963).

Nomeação interina de Alfredo Rodrigues dos Santos Júnior, ministro do Interior, para a pasta da Saúde e Assistência - DECRETO nº. 45307 (15-10-1963).

Exoneração de Alfredo Rodrigues dos Santos Júnior, após 38 dias de mandato, por decisão do Presidente do Conselho - DECRETO nº. 45379 (23-11-1963).

Francisco Pereira Neto de Carvalho é nomeado ministro da Saúde e Assistência - DECRETO nº. 45380 (23-11-1963).

Causa do Fundo de Socorro Social: solução do problema de falta de incubadoras nas unidades hospitalares, essenciais para salvar crianças prematuras.

Chegada a Portugal dos contraceptivos orais, lançados pela *Shering*, com a designação comercial de Anvolar 21.

Proibição da prostituição em Portugal.

## 1964

---

Publicação do Regulamento da A.D.S.E. - DECRETO-LEI nº. 45688 (27-04-1964).

Recrutamento de pessoal especializado, nomeadamente médicos estagiários, para os centros de saúde mental - PORTARIA nº. 20585 (13-05-1964).

Autorização do tratamento dos doentes tuberculosos, beneficiários da previdência, pelos serviços adequados da assistência – DESPACHO (23-09-1964).

Grave crise financeira nos Hospitais Centrais: O Commissariado do Desemprego é autorizado a conceder à *Direcção-Geral dos Hospitais* subsídios reembolsáveis como reforço das dotações concedidas pelo Tesouro - DECRETO-LEI nº. 45973 (17-10-1964).

O Governo, através do *Ministério das Finanças*, é autorizado a contrair empréstimos para habilitar as câmaras municipais para o pagamento dos encargos da assistência hospitalar - DECRETO-LEI nº. 46069 (09-12-1964).

Agilização da criação de centros de saúde mental - DECRETO-LEI nº. 46102 (23-12-1964).

## 1965

---

Pela primeira vez, o sector sanitário é contemplado num plano de Fomento: Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967, capítulo IX (Saúde).

Ajustamento das tabelas hospitalares dos *Hospitais Civis de Lisboa*.

Promulgação das bases para o exercício da actividade de farmácia - LEI nº. 2125 (02-03-1965).

Coriolano Ferreira - secretário-geral do *Ministério da Saúde e Assistência* - (11-03-1965)

Carvalho da Fonseca - director-geral de Assistência – (11-03-1965).

Criação da Comissão Permanente do Formulário Hospitalar dos Medicamentos, junto á *Direcção-Geral dos Hospitais* - PORTARIA nº. 21161 (10-03-1965).

Criação, no *Ministério da Saúde e Assistência*, de medalhas de serviços distintos e de comportamento exemplar - DECRETO-LEI nº. 46277 (16-04-1965).

Serviços oficiais de saúde e assistência dependentes da *Direcção-Geral de Saúde*, da *Direcção-Geral de Assistência* e da *Direcção-Geral dos Hospitais* - PORTARIA nº. 21249 (27-04-1965).

Publicação do *Regime Financeiro dos Serviços e Instituições de Natureza Hospitalar* - DECRETO-LEI nº. 46301 (27-04-1965).

Plano de construções e reapetrechamento das instalações do *Instituto Superior de Higiene Ricardo Jorge* - DECRETO-LEI nº.46306 (27-04-1965).

Plano Nacional de prioridade para a construção e remodelação dos hospitais regionais - DECRETO-LEI nº. 46308 (27-04-1965).

Organização da *Direcção-Geral dos Hospitais*. Integração dos estabelecimentos hospitalares oficiais, dependentes do *Ministério da Saúde e Assistência*, na *Direcção-Geral dos Hospitais* - DECRETO-LEI nº. 46310 (27-04-1965).

Integração do I.A.N.T., do *Instituto de Assistência Psiquiátrica*, do *Instituto de Assistência aos Leprosos* e das maternidades dependentes do *Instituto Maternal na Direcção-Geral dos Hospitais* - PORTARIA nº. 21371 (02-07-1965).

Criação do *Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa* - PORTARIA nº. 21250 (24-07-1965).

Implementação do Plano Nacional de Vacinação - DECRETO-LEI nº. 46533 (09-09-1965).

Publicação do *Regulamento Geral das Caixas de Reforma ou Previdência* - DECRETO nº. 46548 (23-09-1965).

Implementação de novo acordo para o internamento hospitalar, entre a Federação das Caixas de Previdência e a *Direcção-Geral dos Hospitais*. Os beneficiários da previdência e seus familiares passavam a gozar do direito ao internamento hospitalar em todas as modalidades de cirurgia e medicina.

Criação do Boletim Individual de Saúde - DECRETO-LEI nº. 46621 (27-10-1965).

Possibilidade de criação de serviços de utilização comum por parte das instituições particulares de natureza hospitalar - DECRETO-LEI nº. 46668 (24-11-1965).

Início da IX Legislatura – (29-11-1965).

Implementação do regime de presença médica constante nos hospitais oficiais - DECRETO-LEI nº. 46698 (04-12-1965).

Criação da Comissão Médica dos Hospitais Gerais, junto à *Direcção-Geral dos Hospitais* - DECRETO-LEI nº. 21729 (17-12-1965).

## 1966

---

O *Jornal da CÁRITAS* passa a ser sujeito a censura prévia.

Criação da *Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical*, na dependência dos Ministérios da Saúde e Assistência e do Ultramar. Extinção do *Instituto de Medicina Tropical* - DECRETO nº. 47102 (16-07-1966).

Implementação da Corporação da Assistência - DECRETO nº. 47214 (23-09-1966).

Publicação de novo Código Civil - DECRETO-LEI nº. 47344 (25-11-1966).

## 1967

---

Nova Carta-Encíclica da autoria do Papa Paulo VI: “Sobre o desenvolvimento dos povos”.

O ministro da Saúde e da Assistência, Francisco Pereira Neto de Carvalho, é agraciado com a grã-cruz da Ordem Militar de Cristo, pelo presidente do Conselho.

Criação da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família.

Início da integração dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência nas caixas de previdência e abono de família de âmbito distrital.

Aprovação do regimento da Corporação da Assistência – (24-04-1967).

As maternidades dependentes do *Instituto Maternal*, nomeadamente a *Maternidade Alfredo da Costa* e a *Maternidade Júlio Dinis*, passam a depender organicamente da *Direcção-Geral dos Hospitais* - DECRETO-LEI nº. 47677 (05-05-1967).

Estruturação das carreiras e do ensino da enfermagem - DECRETO-LEI nº. 48166 (27-12-1967).

Criação dos Serviços de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH).

Aprovação dos estatutos da *Associação para o Planeamento da Família*.

## 1968

---

O sector sanitário volta a ser incluído num plano de Fomento, desta feita no *III Plano de Fomento para 1968-1973: Continente e Ilhas – Anexo XIII*.

João Pedro Miller Guerra - bastonário da *Ordem dos Médicos*.

Nova Carta-Encíclica da autoria do Papa Paulo VI: “A Vida Humana”.

Publicação do *Estatuto Hospitalar* - DECRETO-LEI nº. 48357 (27-04-1968).

Publicação do *Regulamento Geral dos Hospitais* - DECRETO nº. 48358 (27-04-1968).

Fusão das regalias concedidas na assistência antituberculosa aos militares das forças armadas e aos servidores civis do Estado - DECRETO-LEI nº. 48359 (27-04-1968).

Remodelação Ministerial: Joaquim de Jesus Santos é nomeado ministro da Saúde e Assistência – (18-08-1968).

Salazar sofre traumatismo craniano – (23-08-1968).

Regulação do Exercício Farmacêutico em Portugal - DECRETO nº. 48547 (27-08-1968).

Salazar é afastado das suas funções enquanto presidente do Conselho. Marcello Caetano é chamado para o substituir – (27-09-1968).

As Escolas de Farmácia de Lisboa e Coimbra passam a ter novamente o estatuto de Faculdades.